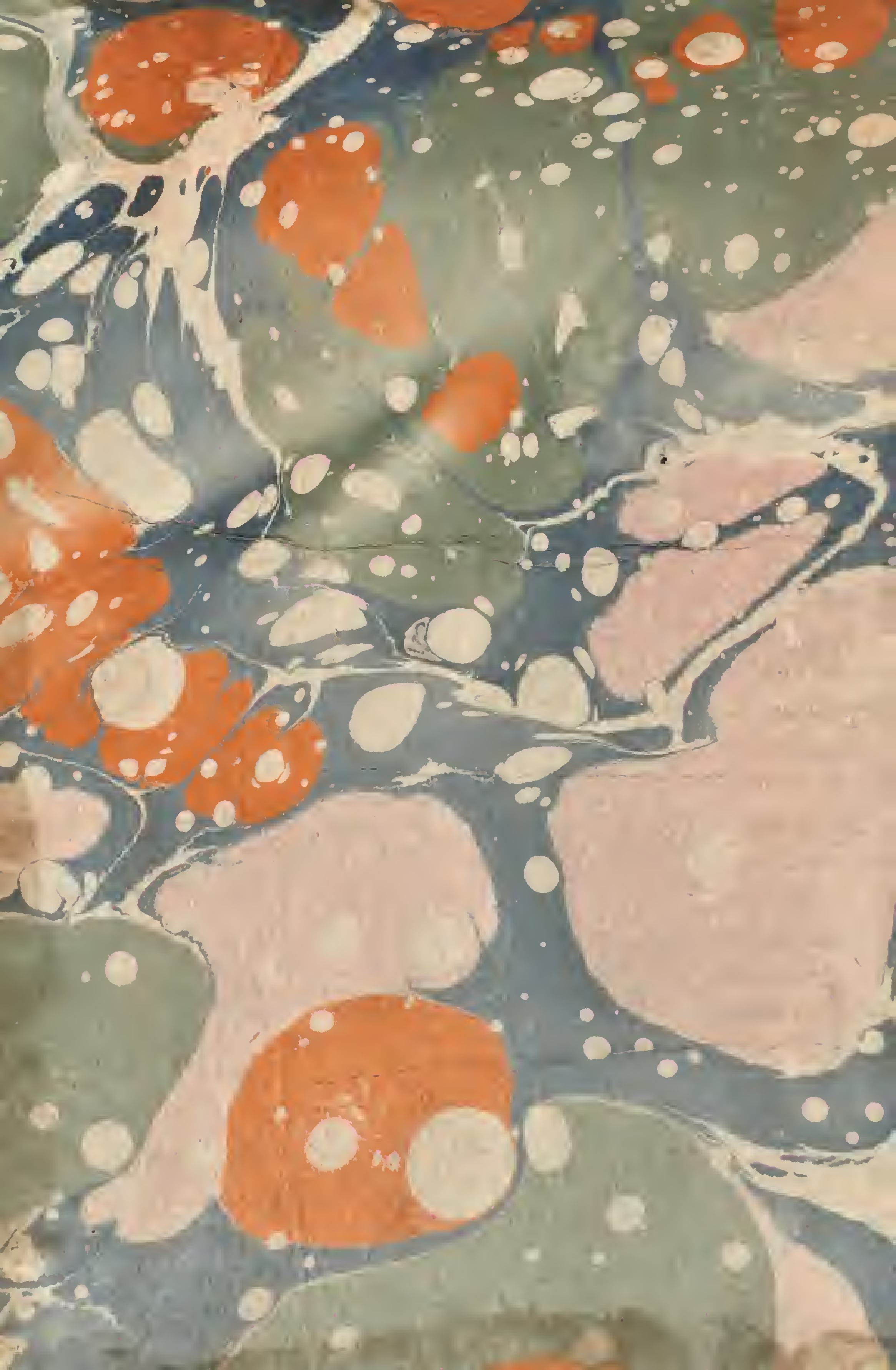




J. xxv. Nov

ELEMENTOS

DEL ARTE DE PARTEAR,

COMPUESTOS

POR DON JUAN DE NAVAS.

PARTE SEGUNDA.

MADRID:

IMPRENTA DE SANCHA.

AÑO DE 1815.


WELLCOME
HISTORICAL
MEDICAL

TABLA

DE LAS MATERIAS CONTENIDAS

EN ESTA SEGUNDA PARTE.

Aviso al encuadernador para colocar las láminas.

ERRATAS.

PARTE SEGUNDA.

Página.	Línea.	Dice.	Léase.
24.	25.	año.	años.
161.	1.	mandíbulas.	mandíbula.

ELEMENTOS

DEL ARTE DE PARTEAR.

PARTE II.

Del parto trabajoso en general.

Parto trabajoso es el que no puede terminarse sin la ayuda de la mano sola, ó armada de algun instrumento. Esta descripcion nos conduce á dividir el parto trabajoso en manual é instrumental. El primero se termina con la mano sola, y el segundo con la mano ayudada de algun instrumento.

En esta division se comprehenden todos los partos trabajosos: no obstante, yo pienso dividir el parto instrumental en dos especies. Una en que el feto sale entero y por las vias naturales, y la otra en el que para sacar el feto se ha de hacer pedazos, ó formar aberturas enteramente preternaturales, y á éste será al que llamemos contranatural.

Los partos se hacen trabajosos por vicios de la madre, del feto, y sus dependencias. Los vicios de la madre son la mala conformacion de las partes duras, ó blandas, los accidentes que sobrevienen al parto, y las enfermedades que anteceden, ó acompañan á esta funcion.

La mala conformacion de las partes duras puede provenir, como se ha insinuado, de la pequeñez general de la pelvis, ó de alguno de los diámetros de sus estrechos; y de la escavacion; y esto se verifica siempre que los huesos de esta parte muden su figura, ó tengan tumores y escrescencias en la superficie que mira al interior de la pelvis.

Las partes blandas son defectuosas por ser pequeñas, por estar cerradas sus aberturas, situadas de dis-

tinto modo que el comun, por falta de fuerzas en las que han de arrojar el feto, ó esceso de resistencia en las que han de darle salida. La pequeñez puede venir desde su formacion, ó ser causada por enfermedades ulteriores, como cicatrices, adherencias, tumores y cuerpos estraños formados en las vísceras de la pelvis, ó esteriormente.

Los accidentes que mas comunmente hacen al parto trabajoso son la inercia de la matriz, las hemorragias, la convulsion y la apoplegía.

Las enfermedades antecedentes son las piedras de la vegiga de la orina y de la uretra, las hernias ó quebraduras, el asma, la hemotísis, las aneurismas, y todas las demás que puede padecer una muger, si vienen antes del parto, ó en éste, y no se terminan mientras dura, las cuales son muchas.

El feto puede ser causa del parto de que se trata por su mala conformacion y situacion. Él puede tener mal conformada la cabeza, el tronco, &c. y esto provenir desde su formacion, ó por alguna enfermedad posterior.

Las malas situaciones del feto pueden ser muchas mas que las que espondrémos; pero dando un egemplo de las principales, reducirémos á ellas las demás.

En la cabeza espondrémos las cinco principales que corresponden á igual número de regiones, que son por donde puede presentarse; esto es, por la superior, ó por el vértice, por la posterior, o desde el occipucio hasta la nuca, por la anterior, ó por la cara, y por las dos laterales.

En las presentaciones por el tronco espondrémos igualmente cuatro generales, que son: 1ª cuando se presenta al orificio del útero la parte anterior del tronco, esto es, el pecho y el vientre: 2ª cuando la parte posterior, ó la espalda: 3ª y 4ª cuando alguno de los lados. A cada una de estas cuatro posiciones las considerarémos como si la parte presentada fuera la media, v. gr. el ombligo por lo respectivo á la parte anterior del tronco, y así de las demás.

De las estremidades inferiores ya hemos dicho lo que se ha de hacer segun se presenten, y así tratarémos aqui del modo de proceder cuando el feto presenta una mano, el codo, ó el hombro, que es la presentacion que hace el parto trabajoso con respecto á las estremidades superiores.

Á estas posiciones llamarémos simples, y se agregará á ellas la esposicion de algunas compuestas, esto es, en que el feto presenta dos partes, como v. gr. un pie y una mano.

Para escusar repeticiones espondrémos cada uno de los vicios como si estuviera solo, haciendo únicamente conmemoracion de las combinaciones mas frecuentes.

Generalidades del parto trabajoso manual.

En este parto se comprehenden todos los que se terminan con el auxilio de las manos, los cuales no es posible esponerlos con total separacion, porque hay muchos que unas veces lo termina la naturaleza, otras el arte con la mano sola, con el instrumento, ó con entrámbos. Por esta razon en los partos que las mas veces son naturales, solo se ha indicado alguna vez cuando podrían volverse trabajosos manuales, ó instrumentales, dejando para este lugar el tratar de las reglas y precauciones generales que se han de tener presentes antes de emprender el parto manual, y las que se deben observar en la ègecucion, especialmente cuando se ha de volver el feto para sacarlo por los pies.

Ninguna operacion se ha de practicar sobre una parturiente con el único fin de egercitarse, ó de que los discípulos aprendan; porque toda operacion manual es dolorosa y arriesgada para la paciente. Tampoco se intentará una maniobra que se pueda escusar. Por esta razon cuando el feto es de poco tiempo no hay necesidad de volverlo siendo la pelvis bien conformada.

Nunca se pasará á volver el feto sin reconocer que mejorando la posicion no podrá terminarse el parto;

por este motivo no se sacarán los pies cuando se conoce que la cabeza no podrá salir por la pelvis.

De ningun modo se introducirá la mano en la matriz violentando para ello el orificio; y así no se intentará introducirla cuando esté contraido espasmódicamente, ó mas pequeño que un peso fuerte. En este último caso se procurará dilatarlo graduadamente si la hemorragia, ó la apoplegía obligan á terminar el parto lo mas pronto que sea posible.

Determinadas bien la necesidad y la utilidad de la maniobra, se preparará lo necesario para bautizar la criatura, untar las manos, &c.

Despues de prevenido lo necesario conviene advertir á los interesados del riesgo que haya ó pueda haber, ocultando á la paciente todo lo que puede amedrantarla, y entrar en desconfianza de la operacion. Si el riesgo exige que haga las diligencias de Christiana, se le advertirá con el modo que la esponga menós á una pasion de ánimo, que haga tal vez inútil la operacion.

La situacion mas comun para la paciente es acostada sobre la espalda en una camilla ó á la orilla de la cama, si es fuerte, con la cabeza levantada, las nalgas al ayre, las rodillas apartadas, las piernas medio dobladas, y los pies apoyados sobre dos sillas ó tabureres. Un ayudante le sugetará las estremidades para que se mantenga quieta. Esta situacion no es la única; pues hay casos en que se prefieren otras, como se dirá en tratando de cada parto en particular. El operador debe colocarse entre las piernas de la parturiente.

En toda operacion manual se ha de atender al modo de introducir la mano, al de conducirla hasta aplicarla sobre la parte que se desea, al modo de variar su situacion, al de estraer alguna parte fuera de la vulva, y finalmente al de sacar lo demás del feto.

Cuando no hay parte alguna del feto fuera, se introducirá la mano como se ha dicho en el capítulo del modo de tactar; pero si se halla fuera alguna parte,

se introducirá aplicando sobre ella las yemas de los dedos por el órden de su longitud, deslizándolos por ella como los gusanos por la tierra. En general, todos los esfuerzos que sea necesario hacer para introducir la mano, se harán mas bien sobre el feto que sobre la madre.

Siempre se conducirá la mano por la parte de la pelvis que se considere menos ocupada, ó por la del feto, que ceda mas fácilmente sin padecer violencia, como v. gr. el vientre.

El tiempo mas favorable para introducir la mano es al derramarse las aguas, y cuanto mas se retarde la operacion es tanto mas penosa para el operador, y arriesgada para el feto y para la madre: por tanto no se diferirá sino cuando se teme que estrayendo pronto el contenido, la matriz se conserve en atonía.

La mano se puede introducir en la vagina durante el dolor; pero no se introducirá en la matriz hasta que el dolor haya pasado, porque entonces se halla menos contraida sobre el feto.

Cuando la mano se ha de introducir por el lado izquierdo de la pelvis, se introducirá la derecha, y la izquierda cuando se ha de introducir por el lado derecho. Si la mano se ha de pasar por delante del sacro, ó por detrás de los púbis, es indiferente servirse de una ú de otra mano, y así podrá preferirse la derecha cuando la maniobra necesita de fuerza. Al mismo fin contribuye mucho fijar ó apoyar el codo sobre la rodilla del mismo lado, con lo cual se aumenta la fuerza, porque á la del antebrazo se puede agregar la de la estension del pie, si se ha de obrar hácia arriba, y la del muslo, si la fuerza se ha de dirigir á los lados.

En llegando á la parte que se intenta, no se moverá sin estar bien asegurado que es la que se desea. Si la parte se ha de sacar fuera, se tirará de ella por el lado de la flexion, y antes que comience algun dolor, porque mientras éste dura, la matriz se halla mas contraida, y es mas dificil mudar la situacion del

feto. De esta regla se esceptúan los casos en que la parte que se ha de sacar se halla ya en la escavacion; porque entonces la fuerza del operador coopera con las de la parturiente, y así á mas de ayudarla, se le encarga que se esfuerce cuanto le sea posible.

Para fijar la matriz y la parte que se desea encontrar, conviene aplicar una mano esteriormente mientras la otra está en lo interior. La mano que está fuera, levantando el vientre, deprimiéndolo, ó inclinándolo á un lado, facilita lo que ha de hacer la otra.

Si se han de sacar los pies, lo mas comun es sacarlos por el lado á que corresponde el vientre de la criatura, pasándolos por delante del pecho, é inclinándolos al lado contrario para que las rodillas puedan entrar en la pelvis con menos trabajo.

Cuando los pies se hallan tocando á las nalgas, y éstas cerca del ege del estrecho superior se han de sacar por detrás.

Siempre que buenamente se pueda, se traerán los dos pies de una vez, cogiéndolos por encima de su articulacion con la pierna, metiendo un dedo entre los tobillos para que éstos no se contundan comprimiendo el uno contra el otro.

Si cuesta mucho trabajo el sacar los dos pies de una vez, se traerá el uno á la pelvis, y se irá por el otro. Si se observa que el pie que se trajo primero se vuelve á su lugar primitivo, se mantendrá con un lazo mientras se vá por el otro.

En sacando un pie no se han de hacer grandes esfuerzos para sacar por él lo demás, porque podría dislocarse antes.

Temiendo que la criatura podrá morirse durante la operacion, se bautizará echando el agua sobre la parte que primero se descubra; y aun en los casos apurados se podrá bautizar echándole el agua con una geringuilla sobre la parte que se presenta al orificio del útero.

Algunos quieren que despues de haber sacado los

pies se deje el parto á la naturaleza. Esto será por lo comun perjudicial. Á lo que se ha de atender especialmente, es al estado de contraccion en que se halla la matriz; y así nunca conviene sacar la criatura con precipitacion, como se hace comunmente, porque la muger queda mas espuesta á una hemorragia por falta de contraccion en la matriz,

La estraccion lenta del tronco es tan conveniente para la madre, como perjudicial para la criatura la demora en sacarla luego que han salido los brazos, porque la espone á una sofocacion: para evitarla, luego que se hayan sacado los brazos, se aplicarán dos dedos sobre la barba ó dentro de la boca, tanto para precaver que el orificio de la matriz contrayéndose sobre el cuello de la criatura, la estrangule, como para arrimar la barba al pecho, y facilitar la estraccion.

Generalidades del parto instrumental.

El uso de los instrumentos se debe limitar á los casos en que con ellos se puede hacer mas segura, mas pronto y menos molesta una operacion, y á los que no se puede hacer con la mano sola lo que con ella armada de un instrumento.

Como las mas veces no se puede saber la necesidad de un instrumento hasta despues de haber esperimentado que no alcanzan las fuerzas de las manos, no se pueden determinar categoricamente todos los partos trabajosos instrumentales. No obstante, debiendo examinar la mecánica, la aplicacion y uso de los instrumentos mas en práctica, se espondián en cada uno los casos en que pueden usarse, las precauciones con que se han de aplicar, y las preferencias que merecen los unos á los otros.

Los instrumentos que mas se usan en la práctica de los partos se dividen comunmente en obtusos, puntiagudos y cortantes.

Los instrumentos obtusos son los lazos, los ganchos, la palanca, el forceps, y las pinzas romas.

Los agudos se reducen á los garfios, el trocar, el faringótomo, y las tigeras.

Los instrumentos cortantes son un bisturí convexo fijo en el mango, y otro convexo angosto y con boton en la punta.

De los lazos.

Los lazos son los instrumentos que menos asustan á las parturientes, y los que menos lastíman á la criatura. Por sus usos se consideran dos especies, que son unos que se aplican para tirar de un miembro doblado, y otros para tirar de un miembro que no esté en flexion. Estos deben hacerse de modo que cuanta mayor fuerza se haga, tanto mas se afirmen sobre la parte á que se han aplicado; por lo cual han de ser, como dice el vulgo, escurridizos.

Los lazos escurridizos se forman doblando la cinta ó cordon en que se han de hacer, y pasando los dos estremos por el asa que forma el doblez, ó bien pasando una vuelta al rededor del miembro, quedando la punta de la cinta en la parte interna: sobre la primera vuelta se forma otra dejando tambien dentro la otra punta hácia el lado opuesto.

Esta especie de lazos solo se aplica en la parte inferior de las piernas sobre los tobillos, ó en el antebrazo por encima de la muñeca.

Estos lazos bien formados no se resvalan como las manos, y ocupan tambien mucho menor espacio, lo cual deja mas lugar para introducir una mano, y trabajar en lo interior de la vagina ó matriz lo que conviene, y mientras se ayuda con la otra tirando, ó sosteniendo en su lugar la parte á que se ha aplicado el lazo.

El modo de pasar el lazo cuando la parte no se descubre, es formarlo sobre el dedo índice y el del medio, si con ellos se alcanza; y si no se comprehenderá tambien el pulgar. Los dedos con el lazo formado sobre ellos (*fig.* 2ª lám. 15ª), apretado cuanto basta para que no se deshaga, se introducirán hasta la punta

del pie, v. gr. á cuya pierna se ha de aplicar: entónces se abrirán los dedos aflojando la cinta solamente lo preciso, para que el pie pueda pasar por entre los dedos, y por consiguiente por el lazo: luego que éste ha entrado hasta por encima de los tobillos, se retirarán los dedos que lo habian conducido, y en quedando libres con las puntas se mantendrá el circular que rodea la pierna, mientras con la otra mano se tira por los estremos de la cinta hasta que se aprieta el lazo y se fija; entónces se retirará la mano, y con la otra se mantendrá tirante para que no se afloje.

Si se necesita enlazar los dos pies, se hará un lazo á cada uno, porque comprehendiendo los dos á un tiempo se contundirán los tobillos.

Cuando se descubre la parte sobre que se ha de formar el lazo, conviene poner debajo un lienzo fino en varios dobleces, especialmente si se hace con una cinta que tenga orillas, porque éstas lastíman siempre las carnes delicadas de la criatura por poco que se aprieten.

Por esta razon se prefieren para estos lazos la cinta sin orillas, ó los cordones flojos del grueso proporcionado á las fuerzas que se han de hacer por ellos. En todo caso se ha de procurar que sean fuertes porque si por este defecto se rompen, se pierde el trabajo empleado, y además al escurrirse los lazos pueden lastimar á la madre, á la criatura, ó á entrambos.

Los lazos que se han de pasar por entre un miembro doblado, como por el sobaco, por el doblez del codo, por medio del cuerpo, por las íngles ó por las corvas, no es necesario que la cinta ó el cordon aprieten para fijarse, porque no pueden escaparse si la cinta ó el miembro no se rompen.

Para pasar estos lazos, ó mas propiamente asas, nos servimos de los dedos; de una algalia de hombre con los agujeros á los lados de la punta; de una sonda flexible de ballena, cubierta con una cinta ó correa; (*fig.* 2.ª lám. 14.) y de un gancho con un agujero en la punta, capaz de pasar por él la cinta ó el cordon con que se ha de formar el asa (*fig.* 1.ª lám. 11).

El modo de aplicarlos en el sobaco, doblez del codo, en las corvas, y en las íngles, es el mismo, y únicamente se distingue en que la materia del lazo, y el instrumento para pasarlo se han de proporcionar á la altura en que se halla la parte sobre que se han de aplicar, á su grueso, y á la fuerza con que se ha de tirar. Por este respecto el gancho, v. gr. con que se ha de pasar un asa por las dos íngles ha de ser mas largo, y no tan corvo como si el asa se hubiera de formar en una íngle; el que ha de servir para el sobaco algo mas largo que para la corva, y mas corto que todos el que se ha de usar para el doblez del codo. Con el mismo respecto se graduará el largo y la resistencia del cordon.

Mientras se puedan pasar las asas, no se usará de los ganchos; pues aunque éstos se aplican mas fácilmente, no es tan cierto el éxito porque en ladeándose el estremo que está fuera, ó se desenganchan, y no se consigue el intento, ó la punta sobresale al miembro en que están enganchados, ó se clava; lo primero puede lastimar á la parturiente, y lo segundo al feto.

De los ganchos (*fig.* 1ª lám. 11.)

Los ganchos son unos cilindros de metal, mas ó menos largos y encorvados por sus estremos, segun las partes á donde se han de aplicar. Sus usos son tirar de la parte á que se aplican; para lo cual es necesario que la parte esté doblada. Comunmente se hacen de acero ú otro metal poco flexible. Para que no lastímen se hacen aplanados por el lado de la concavidad con los bordes echados hácia la parte convexa.

Algunos, para disminuir el número de estos instrumentos, los hacen con una corvadura en cada estremo; pero es mas seguro hacerlos cada uno con su mango porque así se manejan mejor.

El grueso y largo de los ganchos se ha de proporcionar, como se ha dicho de los lazos. Un gancho

mas encorvado que la superficie de la parte sobre que se ha de aplicar, la ha de violentar para acomodarla á su concavidad, lo cual no puede hacer sin lastimar. Si es menos encorvado no hará presa en toda la corvadura, y se escapará con facilidad.

Para satisfacer á todas las urgencias, se necesita tener ganchos con corvaduras diferentes, pues aunque parece que con uno, cuya materia pudiera acomodarse como las algalias á corvaduras diferentes, podría ser bastante la fuerza que se hace por ellos, desharía la corvadura, y los haría inútiles.

El estremo de los brazos del forceps de Levret, forma un gancho capaz de servir en muchas ocasiones.

Para aplicar los ganchos se han de introducir la punta por la parte esterna del miembro, que es la que ha de rozar con las de la parturiente. De este modo se precave lo posible el que la punta arañe á la paciente, quedando cubierta con el grueso de las partes del feto.

Una vez que se hayan aplicado bien los ganchos, se mantendrán fijos en la misma posicion, para que no se salgan del miembro que tienen enganchado.

Al tirar de ellos se cuidará hacerlo segun la direccion del ege de la pelvis, para que no contundan las partes blandas de la parturiente forzándolas contra las duras.

Nunca se tirará violentamente ó con demasiada prisa, pues no se ha de proceder de otro modo que cuando se tira con la mano.

Luego que se descubra la parte enganchada lo suficiente, para poder concluir la estraccion con la mano, se dejarán los ganchos.

De la palanca. (*fig.* 5ª lám. 11.)

Este instrumento como se usa en el dia de hoy es una verdadera palanca, cuya resistencia está en un estremo, la potencia en el otro, y el punto fijo se forma estre los dos estremos. Bien aplicada, el estre-

mo en que se coloca la resistencia, debe moverse siempre que se mueva la potencia. La cantidad del movimiento será respectiva á la distancia del punto fijo á que se halla cada una; pero las direcciones serán opuestas, esto es, que si la potencia se mueve hácia la derecha, la resistencia se moverá hácia la izquierda, y si aquella vá hácia arriba y hácia atrás, ésta vendrá hácia abajo y hácia delante.

De aquí se sigue que aplicando la parte cóncava de la palanca á la cabeza de la criatura, una mano á su mango, y la otra, ó una cinta que haga el punto fijo entre el mango y la parte que se ha fijado sobre la cabeza, ésta se moverá á proporcion que se mueva el mango, pero hácia el lado opuesto; luego si el mango se mueve hácia arriba y hácia delante, la cabeza se moverá hácia abajo y hácia atrás, y así de las demás mutaciones. Bajo este principio demostrable, nadie dudará que la palanca puede servir para mudar la situacion de la cabeza, cuanto permite la vulva moverla en direccion opuesta al mango.

La única dificultad que podrá ponerse, será el acomodar la figura de la palanca á la de la cabeza sobre que se ha de aplicar, para que acomodándola en mayor estension, la mueva mejor sin tanto riesgo de hacer una subintracion. Esto es lo que han procurado hacer los correctores de este instrumento, como se deduce del siguiente estracto de su historia.

Aunque Roonhuisen pudo comprar el secreto de la espátula á los Chamberlaines, célebres comadrones de Lóndres, el nombre de espátula de Roonhuisen, que aun conserva, denota haber sido el inventor.

Roonhuisen tuvo secreto su instrumento, y aun se conservó así entre los de su familia. Se dice que para no dejarlo ver cuando se servía de él, lo llevaba oculto entre la manga de la casaca y la camisa. Para usar de su espátula, la bajaba con una mano despues de tener la otra con que habia de conducirla dentro de la vagina. Cuando concluía la maniobra volvía á ocultarla; de modo, que enseñan-

do antes y despues las manos, nada se descubría.

Esto no parecerá dificil, si atendemos á la longitud y figura de su primera palanca, suponiendo que fuera como la que vendió la hija de Bruin á Mr.Mr. Vischer y Van-de-Pool que le compraron el secreto en dos de Julio de 1753, y lo publicaron en 20 de Setiembre del mismo año.

Esta espátula se reducía á una lámina de acero bien forjada, de $10\frac{3}{4}$ pulgadas de largo, una de ancho y $\frac{1}{8}$ de grueso. Cuatro pulgadas y un octavo de su parte media era recta, y lo restante hácia cada estremo corvo. Las corvaduras de los estremos estaban opuestas, y esto facilitaba poder obrar con cualquiera de ellas. La longitud del arco de cada una de las corvaduras era de tres pulgadas y cuarta, y la altura de un octavo.

Esta lámina la cubría con un pellegito bien ajustado, y además los estremos cubiertos con un emplasto, é igualmente la parte media, todo con el fin de hacer mas suave la presion sobre la cabeza del feto, y sobre los púbis de la madre.

Juan Bruin obtuvo la espátula de Roonhuisen, su maestro en 1709, é igualmente su condiscípulo Plaatman. Estos dos condiscípulos convinieron con su maestro, con Ruischîo y con Cornelio Boekelman, que tambien poseían el secreto, en guardarlo si se lo descubrían, como parece haberse efectuado, pues Bruin se sirvió del instrumento 42 años que vivió despues, habiendo socorrido 800 parturientes con él.

Bruin comunicó el secreto á su discípulo Reinier Boon, y éste á los hermanos Pablo y Gerardo Wind, médicos; el uno de Maddelbourg, y el otro de Amsterdan. Plaatman poco antes de su muerte lo comunicó á Francisco Rooy. Algunos aseguran que Boekelman lo comunicó al médico Moor; aunque así sea, solo tenian conocimiento del instrumento seis profesores cuando los espresados Wischer y Van-de-Pool lo compraron á Van-der-Heyden, marido de Gertrudis de Bruin, hija única de Juan Bruin.

Camper (1) cuenta á Titgsin entre los que usaron la espátula de Roonhuisen; diferente en algo de la de Bruin, y de la de Boon, aunque comparando el tiempo en que se publicó la de Bruin, las otras pueden muy bien ser ya correcciones de la primera (2).

La espátula de Titgsin se diferencia de la de Bruin, que hemos descrito, en que solo tiene corvadura en un estremo, en el otro tiene un anillo, y en que el arco de ésta tiene 5½ pulgadas de largo y una y cuarto de altura. La de Boon conviene con la de Bruin en tener dos corvaduras, pero no es recta en el medio, y así se parece á una S. Cada una de las corvaduras de los estremos tenia de largo cuatro pulgadas y media, con una pulgada y tres diez y seis de alto (3).

El poco ancho de las espátulas de Bruin, Boon y Titsing, las debian hacer fáciles de deslizarse de la parte á que se aplicaban, y su mucho volúmen, haciéndolas mas anchas ó en forma de cuchara, imposibilitaría la aplicacion. Por estas, ú otras razones semejantes, inventaron los franceses las huecas en toda su estension, como la pinta Brambila (4) ó solamente en los estremos, segun se vé en las láminas de Perret (5). Desde esta época mudaron el nombre de espátula en el de palanca.

Pean parece ser el primero que hizo la palanca hueca con mango (6). Herviniaux unió la palanca con una geringa, que le servía de mango (7).

(1) Mem. de la Académ. de Ciruj. en 12° *tom.* 15. *pág.*240.

(2) La de Bruin se publicó en 1753, y las otras en 1754. Mr. Rigaudeaux se sirvió de una espátula de Boticario para desenclavar una cabeza en 26 de. Abril de 1738. Memor. de la Académ, en 12.° *tom.* 15. *pág.* 486.

(3) Véase la fig. de las tres espátulas en la lám. 17 de las Mem. de la Acad.

(4) Véase la fig. 3 de la lám. 39 de su Arsenal de Instrumentos de Cirujía.

(5) Véase la fig. 1 de la lám. 166 de su Arte de Cuchillero.

(6) Fig. 3 de dicha lám.

(7) Brambila fig. 2 lám. 39.

Para satisfacer á todas las urgencias, se tiene comunmente tres de estas palancas cada una con su mango, pues aunque se hacen de modo que todas se acomoden á un mango como las coronas de trépano á un árbol, éstas no son tan seguras, porque si al hacer fuerza se comprime el boton del muelle, se afloja y se cae el mango.

Con el fin de disminuir la longitud, para poderlas llevar ocultas en la faltriquera, las hacen con un gozne en la mitad de la parte cóncava. Este gozne tiene por el lado de la convexidad un borde, ó retenida que no le permite estenderse mas que el espacio determinado para que forme la concavidad necesaria; al mismo tiempo permite el doblar la punta sobre el lado de la concavidad, con lo cual queda mas corta.

Algunos las han hecho con dos agujeros mas abajo de la separacion de las láminas que forman el hueco, para pasar por él un cordon con que formar el punto fijo.

Los casos en que los Roonhuisianos aplicaban su espátula, era cuando la cabeza se detenia en la pelvis teniendo el occipucio sobre la sínfisis de los púbis. Titsing la aplicaba introduciéndola directamente por detrás de los púbis; pero los demás la introducian primero hasta colocarla bien sobre la frente, y luego la pasaban al occipucio, deslizándola por el lado en que hallaban menos dificultad. Camper cree que no la aplicaban últimamente sobre el occipucio, sino por debajo de la nariz (1). Él se funda en la imposibilidad de conducirla desde la frente al occipucio, lo cual es una suposicion que segun Baudelocque (2) no puede probar.

Lo cierto es que en los principios no se sabía su verdadero modo de obrar; y hay muchas razones para creer que la aplicaban sin necesidad, y que mas servía como un gancho obtuso, imitando al que pin-

(1) Mem. de la Acad. en 12.º vol. 15.
(2) *Tom. 2. pág.* 56.

ta Mauriceau, destinándolo á sacar la cabeza cuando se ha quedado en la matriz (1); á la cuchara de Celso para sacar las piedras, ó á la de Palfin, que grabó Heister (2) por la espátula de Roonhuisen.

Camper parece ser el primero que dió idea de aplicar la espátula, y obrar con ella como con una palanca, cuando dice que despues de aplicarla se levante el otro estremo, y se ponga la otra mano en la parte media para deprimir, y tirar la cabeza al mismo tiempo hácia abajo (3).

La palanca obrando como tal, puede ser útil en todos los casos en que el occipucio se ha quedado mas alto que lo regular, ya sea presentándose en un lado, ya delante, ó detrás.

Lo mismo podrá decirse de las demás partes de la cabeza capaces de acomodarse á la concavidad de la palanca, y de que ésta se aplique sobre ellas (4).

Tambien puede servir para retirar la cabeza del perinéo, y evitar la rotura de la horquilla (5).

Considerando á la palanca como un medio forceps, se puede usar por tal, formando con la otra mano aplicada en el lado opuesto el otro medio, y con el dedo pulgar la union, al modo que Mauriceau quiere que con su gancho obtuso en un lado y una mano en el otro, se saque la cabeza cuando se ha quedado en la matriz (6). Este uso puede suplir el del forceps cuando la resistencia de la pelvis para dar paso á la cabeza no es mucha.

Aplicando la palanca alternativamente al occipucio y á la frente, puede hacer salir la cabeza como con el forceps; pero siendo necesario aplicar y obrar con la palanca varias veces, solo se intentará cuando el

(1) Véase la fig. *tom.* 1. *pág.* 362.
(2) Véase la fig. 16 de la lám. 33.
(3) Memor. de la Acad. *vol.* 15 en 12.° *pág.* 248.
(4) Camper en la mem. citada la pinta aplicada por debajo de la nariz, y Smellie en la lám. 37 aplicada por la frente.
(5) Plenck, *pág.* 188.
(6) En la esplicacion de la fig. citada.

caso exige terminar el parto en menos tiempo que el preciso para traer el forceps.

El efecto mas constante de la palanca, es el estímulo que causa su aplicacion para escitar la contraccion de la matriz.

La situacion de la parturiente, y la del operador, debe ser la misma que para el parto manual.

Una palanca puede servir para aplicarla por cualquier lado; pero cuando se ha de obrar en el lado derecho de la parturiente se ha de conducir con la mano izquierda, y con la derecha si se ha de introducir por el izquierdo. Con cualquiera de las dos se puede igualmente conducir por detrás de los púbis, ó por delante del sacro.

Algunos pasan un cordon ó cinta por el hueco de la palanca, para fijar con él aquella parte, y evitar el que se resvale.

Otros poner un pedazo de esponja en la parte que puede llegar á tocar las de la muger. Ninguna de estas precauciones se ha de tener por inútil; aunque lo mas seguro será mantener fija la mano, ó el cordon que sirve de punto fijo á la palanca, y no apartar mas el mango que cuanto buenamente permita la cavidad del estrecho inferior.

La palanca se ha de untar y calentar igualmente que la mano antes de pasar á su aplicacion. El tiempo en que se ha de aplicar es despues del dolor, y durante otro se ha de obrar con ella para cooperar con la naturaleza.

Si con la primera accion de la palanca se sitúa bien la cabeza, se dejará el parto á las fuerzas naturales si la parturiente tiene dolores; y si no, se continuará obrando con la palanca, ó se aplicará el forceps, si con ella no se puede terminar el parto.

No se ha de emplear la palanca cuando con la mano sola se puede dar á la cabeza la situacion conveniente. El poco volúmen, y el poder hacer mucha mas fuerza, la hacen preferible á la mano cuando la cabeza ofrece grande resistencia para volverse.

El uso de la palanca está contraindicado cuando el esceso de los diámetros de la cabeza es á los de la pelvis mayor que un cuarto de pulgada, porque con ella no se disminüye el volúmen de la cabeza.

Tampoco se puede usar si la cabeza no está fija, porque estando vacilante no obrará sobre ella hasta que se fije en el lado opuesto, y si entónces se aplica en aquel lado, la volverá al primero sin hacerle bajar.

Para aplicar la palanca se tomará por el mango con la mano derecha si se ha de aplicar en el lado derecho de la pelvis, y con la izquierda cuando se ha de obrar en el lado izquierdo, con dos ó mas dedos de la otra mano puestos sobre la parte convexa de la cuchara, cubriendo sus bordes, se conducirá sobre la parte á que se ha de aplicar. Para introducirla por la vulva se tendrá el mango sobre la íngle y muslo del lado opuesto, y la punta de la cuchara sobre la parte interna de los dedos, entre la cual y la cabeza del feto se ha de ir introduciendo poco á poco, obrando mas sobre el feto que sobre la mano.

No se retirará la mano que ha servido de conductor hasta estár seguros por el tacto y por la situacion de lo que está fuera, de estar bien aplicada. Entónces se retirará la mano, y con ella se formará el punto fijo, apoyando su palma encima, ó metiendo los dedos por debajo, y cruzándolos por arriba.

Puesta de este modo la mano, se mueve el mango hácia la parte opuesta á la que se ha de mover la cabeza. El mango no se ha de empujar contra las partes de la muger; y así luego que haya llegado á ellas, se volverá á aflojar y situar de modo que obre sin lastimar.

Compendio de la historia del forceps.

Hipócrates habla de una especie de forceps; pero no consta que se hiciera uso de él en su tiempo para sacar el feto vivo. Avicena es el primero que espresamente dice tenian las comadres unas tenazas, las

cuales cubrían con un lienzo para sacar el feto sin lastimar (1), lo cual indíca que lo sacaban vivo, y que el instrumento era comun entre las comadres de aquel tiempo.

Albucasis describió el forceps dentado para deshacer la cabeza, y otros dos instrumentos; uno mayor llamado almisdach, y otro menor dicho misdach.

Burton pinta un forceps dándole el nombre de forceps largo de Pareo, para sacar la cabeza (2).

Á mediados del siglo pasado Rueff publicó la figura de un forceps para sacar los fetos (3).

No se puede adivinar de qué especies de forceps habla Smellie cuando dice (4): »es cierto que mucho antes se usaban en Francia, en Alemania y otras partes varios forceps y otros instrumentos para el mismo fin distintos de los de los Árabes; pero ninguno tenia las ventajas del que usaban los Chamberlains."

Segun esta esposicion, no tiene razon Burton cuando atribuye á Smellie el asegurar que despues de Avicena no hubo quien conociera este instrumento hasta el último siglo que le usaron los Chamberlains, pues únicamente asegura que entre los muchos que se usaban ninguno tenia las ventajas que el de los espresados.

Silles-le-Doux y Palfin se disputan el invento de las cucharas que hoy pasan con el nombre del último. Plevier sospecha que los Chamberlains tuvieron el forceps de Gregorio el padre, autor del que corrigió Palfin.

Perret dice que Chamberlain fué el primero que hizo las cucharas huecas, y que unió los dos brazos fijándolos uno en otro: correccion muy esencial, y que distingue el forcesps de todos los instrumentos que an-

(1) Habent Obstetrices quædam tenacula quibus circumligant pannos ne lædant vel offendant fœtum, iisque educunt. Mercurial in Spachîo, *pág.* 236.

(2) Véase la fig. en la lám. de la traduccion de Burton por Le-Moine, *tom.* 1. *pág.* 536. y en Spachîo.

(3) Véase la citada lám. de Burton.

(4) Traducc. francesa, *pág.* 56.

tes se usaban, pues unos estaban siempre unidos, y eran unas verdaderas tenazas, y otros estaban separados, y solo se sujetaban con argollas ó cintas.

Es cierto que de las tenazas de Rueff ó de Pareo, ó de las cucharas de Doux, Gregorio padre é hijo, ú otras semejantes, pudieron tener la idea los Chamberlains para formar su forceps; pero tambien lo es que no se conocía dicho instrumento con este nombre, y que el publicado por Champan el año 1733 es superior á los anteriores.

Despues que Champan publicó el forceps de Chamberlain con algunas correcciones de Giffard, segun se cree, no ha quedado comadron de crédito que no se haya propuesto corregirlo. Pugh propuso uno nuevo en 1748. Burton describe otro propio (1). Bingio puede pasar por autor de un forceps, cuyas dos láminas se dividen cada una en otras dos.

Finalmente, Levret y Smellie han estendido el uso del forceps, y dividido en bandos la preferencia, no faltando aún quien los condene todos, como Le-Roy, Schoenmezier, &c.

Los forceps de Levret y de Smellie convienen en tener huecos y perforados los brazos; pero se distinguen, 1º en que las cucharas de Smellie son rectas por los bordes, y las de Levret forman una corvadura igual á la del ege de la pelvis. El forceps de Levret tiene mas longitud que el de Smellie (*fig.* 2ª lám. 11ª): el de éste tiene un mango cilíndrico compuesto del de los dos brazos: la mortaja que une los brazos es igual, esto es cada brazo tiene una eminencia y una cavidad con que se acomodan recíprocamente, y aquel tiene por mango una lámina del mismo metal, que termina en un gancho obtuso; y la union de los dos brazos se hace por un boton del uno que entra en una hendidura del otro.

Estos forceps han variado en algo despues. Smellie

(1) Véase la figura en el *tom.* 2. de la traduccion citada *proscriptum*, *Sec. VI.*

cubría todo el suyo con un cuero exactamente aplicado para evitar el que lastimára á la parturiente, y para sujetar mejor los dos medios mangos. Ahora no forran mas que el mango y las mortajas con que se mantienen unidos los brazos porque no tocan á las partes de la parturiente, lo cual podría contagiar á la que se le aplicára despues el mismo instrumento sin mudar el cuero de las cucharas, y sería mucho trabajo mudarlo para cada vez que hubiera de servir.

Tambien le hacen el mango mas largo que el de que usaba Smellie; pues solo con las fuerzas de éste, decía el doctor Lauder, podia hacerse lo que él hacía con su forceps.

El doctor Horms hizo mayores los huecos de las cucharas del lado del mango, porque se adaptan mejor á lo mas alto de la cabeza, que es adonde cae esta parte de las cucharas.

El doctor Lauder se sirve de uno que tiene los huecos de las cucharas mas anchos en los estremos, é igual en el medio.

Mr. Frik, cirujano del hospital de Santo Tomás en Lóndres, hizo un forceps, cuyas cucharas se doblan sobre la parte cóncava, como se ha dicho de la palanca, lo cual facilita el llevarlo en la faltriquera cómodamente.

Si creemos á Baudelocque, Smellie se sirvió de otro forceps para sacar la cabeza detenida sobre el estrecho superior; pero conociendo que los daños podian ser mayores que las ventajas, no quiso manifestarlo ni á sus discípulos, para precaver los daños que podian sobrevenir á su aplicacion.

En el dia de hoy tiene muchos partidarios el forceps de Smellie con la corvadura en los bordes de las cucharas, á imitacion del de Levret.

Leake, comadron de Lóndres, ha publicado en 1773 un forceps con tres brazos: los dos se aplican á los lados de la cabeza, y el tercero en el occipucio. Este tercer brazo que el autor propone para asegurar mejor la cabeza, hace todo lo contrario, pues tanto cuanto

se afirma, se apartan los otros dos, que son los que hacen la principal fuerza. En quitándole el tercer brazo al forceps de Leake, se reduce á un forceps como el de Levret; pero mas pequeño.

El forceps de Levret ha tenido varias mutaciones: Levret mismo disminuyó la longitud total á 14 pulgadas en lugar de 16 que tenia el corregido por Pean, y el que prefiere Baudelocque.

Descripcion del forceps de Levret. (*fig.* 6ª lám. 11ª)

Este forceps se compone de dos palancas de 16 pulgadas de largo cada una, las cuales teniendo un punto fijo comun obran en sentido opuesto, y así mientras mas aprietan, mas se aproximan entre sí los estremos en donde se hallan las dos potencias, y las dos resistencias.

El estremo á donde se aplica la resistencia es una cuchara cóncava en el plano que ha de mirar á la otra, é igualmente convexa en el opuesto.

El borde de las cucharas que ha de caer hácia delante ha de ser cóncavo, y el de atrás igualmente convexo. Esta concavidad y convexidad deben ser iguales á la que forma el ege de la pelvis, para que puedan introducirse mas arriba del estrecho superior sin tropezar en el arco de los púbis, en la horquilla, ó en el sacro, como sucedería si las cucharas formáran los bordes iguales.

La concavidad que forman las cucharas por el plano que se miran, ha de ser proporcionada á la convexidad de la cabeza que se ha de coger en medio: por consiguiente para que no se escape han de juntarse mas por su estremo; pero nunca deben llegar á tocarse, porque podrían matar la criatura si se forzáran mas de lo que ésta puede sufrir sin perder la vida.

Todos los forceps que he visto tienen el defecto de aproximar mucho los estremos; pero conociéndolo, está en la mano del operador el no apretar los mangos mas de lo que sabe puede permitir el no matar

la criatura: no es fácil hacerlo así cuando el principal objeto es no dejar escapar la cabeza, y sería mas seguro fijar los mangos con una lámina ó tornillo, que marcando el volúmen de la cabeza que contenian, evitára el que se aflojára ó comprimiera mas.

Mr. Coutuli ha dado un forceps sin este inconveniente. La union de los brazos se hace por un tornillo que pasa al mismo tiempo por la rosca hembra que tienen los dos. Torciendo el tornillo se aprietan y juntan los brazos lo que se juzga necesario, y despues ni se aflojan, ni se aprietan aunque se quiera, pues para esto se ha de torcer el tornillo, porque los brazos despues de aplicados cada uno separadamente, se sujetan con un tornillito á los estremos de una lámina que sale horizontalmente del mango. Este forceps podía preferirse al de Levret, si su aplicacion no fuera mas penosa, y si cada uno no pudiera evitar el inconveniente espresado, marcando de antemano la distancia á que los dos mangos deben quedar para que la cabeza de la criatura no padezca una compresion que la mate, á fin de no apretarlos mas cuando se aplica este instrumento con el ánimo de sacarla viva.

El hueco que tienen las cucharas disminuye el volúmen, hace que se acomode bien á la cabeza, la asegura mejor, é impide que se contunda la uretra ó la parte interna de las tuberosidades de los ischîos por donde debian frotar siendo sólidas. Para evitar que los bordes de las cucharas lastímen al feto, se les hace en la cara interna de su circunferencia un reborde que les aumente el grueso, lo cual sirve tambien para que no se resvalen tan fácilmente.

Para que las cucharas cojan bien la cabeza detenida en el estrecho superior, deben tener 8 pulgadas de largo: de este modo la corvadura de los bordes es mas acomodada. Esta longitud no es necesaria cuando la cabeza sobre que se han de aplicar ha llegado á pasar de la mitad de la altura de la pelvis, en cuyo caso es mas cómodo el forceps de Smellie.

De la abertura de las cucharas al sitio de la union

se dejan dos pulgadas, y el resto, que hace veces de mango, tiene seis. Cada mango termina en un gancho obtuso de poco mas de una pulgada de largo.

Los brazos se distinguen por el uso que tienen. Se llama hembra el que tiene la hendidura por donde entra el boton que se halla en el otro, por lo cual se le dá el nombre de macho. El gancho del brazo hembra mira á un lado, y el del macho al otro. Estos ganchos impiden que se resvale la mano con que se sujetan: tambien pueden servir como ganchos aplicados á las íngles, sobaco, &c.

Usos, y modo de obrar el forceps.

Los ingleses usan solamente del forceps, para sacar la cabeza detenida dentro de la pelvis. Por esta razon no necesitan de uno tan largo como el de Levret, y se sirven del de Smellie, el cual al paso que se aplica mejor, confiesan que no sirve para aplicarlo cuando la cabeza no ha entrado en la pelvis.

Pudecombe en 1743 sacó felizmente con el forceps corvo un feto detenido en el estrecho superior, por lo cual Baudelocque (1), niega con razon á Roederer la invencion de éste uso.

Mr. de la Bertiniez, discípulo de Mr. Deleurye anunció en el número 98 del diario de París, que su maestro habia diez año se atribuía este hallazgo; pero Mr. Sue dice que Ravenet y él habian ya empleado el forceps para el mismo fin (2).

Solaires lo aconsejaba en sus lecciones desde el año de 1769, y despues todos los comadrones de París le dan este uso,

El forceps se aplica sobre la cabeza; pues aunque algunos lo han aplicado sobre las nalgas, yo convengo con Baudelocque en que para esto se necesita una especie de forceps particular, como el que ha prometido, y se espera con impaciencia.

(1) *Tom.* 2. *pág.* 46.
(2) Esais historiq. litter. et critiq. &c. *tom.* 1. *pág.* 315.

Siendo el forceps dos palancas que obran en sentido opuesto, deben comprimir la cabeza sobre que se aplican. Esta compresion disminuirá el volúmen de la cabeza á proporcion de lo que se juntan las cucharas. Á la disminucion del diámetro lateral del cráneo, se seguirá el aumento de los otros diámetros, si lo permiten las partes que lo circundan, pues no cediendo éstas, como sucederá cuando la pelvis es desproporcionada en todos sus diámetros á los de la cabeza, será inútil el disminuir uno de éstos, porque aumentando los demás se imposibilita la estraccion.

Tambien será inútil cuando los huesos del cráneo están enteramente osificados, y se necesita disminuir mucho su volúmen para sacar la cabeza.

Aunque la naturaleza nos ha manifestado que el cráneo de un feto regular puede disminuir la mitad de uno de sus diámetros, aumentando los otros para darle salida por una pelvis por donde no podría salir en su figura natural, la cual vuelve á tomar luego que cesa la causa comprimente (1); no por eso nos hemos de persuadir que podemos hacer lo mismo con el forceps, porque la naturaleza lo egecuta graduadamente, comunica las fuerzas por medios mas suaves, por muchos mas puntos, y con todo no siempre consigue conservar la vida del feto.

Por esta razon no se puede asegurar que todos los fetos sacados con el forceps saldrán vivos, aun cuando el instrumento se haya aplicado mientras vivían.

Se sabe que nuestros sólidos admiten una estension, ó compresion con tanto menor daño y molestia cuanto son mas lentas. De aquí se sigue que despues de haber aplicado el forceps, se podrá comprimir mas la cabeza

(1) Solayres, dice Baudelocque en la nota de la *pág.* 41 del *tom.* 2, nos mostró en sus lecciones un feto que habia nacido la noche antes, cuya cabeza en el instante que salió tenia 8 pulgadas menos dos líneas desde la punta de la barba á lo mas alto del tumor, que comunmente se forma delante de la fontanela superior, y 2 pulgadas con seis líneas de entre lo mas elevado de los parietales: á la mañana siguiente ya tenia su figura natural.

sin tanto riesgo de matar la criatura, compriméndola lenta y graduadamente, esceptuando los casos en que la vida del feto, de la madre, ó de entrambos estriban en la pronta estraccion.

Cuando el feto está muerto importa poco el comprimir la cabeza de pronto cuanto se quiera; pero ni lo uno, ni lo otro conviene cuando se intenta sacarlo vivo. Por esta diferencia se podrá intentar sacar con el forceps un feto muerto por una pelvis, cuyo diámetro anteroposterior tenga dos pulgadas menos que el lateral de la cabeza, y no podrá sacarse uno vivo si el esceso de la cabeza es de media pulgada, y algunas líneas haciendo pronto, como sucede ordinariamente, la compresion; pero si se hace con lentitud podrá sufrir mayor compresion.

No siempre se aplica el forceps para disminuir el volúmen de la cabeza, pues sin que haya desproporcion entre ella y la cavidad de la pelvis, es preciso acelerar el parto cuando se teme que la madre, ó el feto fallezcan antes, ó le falten las fuerzas para terminarlo. La compresion sobre el cordon umbilical, la hemorragia, la apoplegía, y las convulsiones son las que obligan á terminar pronto el parto. En estos casos solo se ha de apretar la cabeza lo que baste para que no se escape.

Reglas generales para aplicar el forceps.

La situacion de la parturiente y del operador, comunmente será la misma que para los partos manuales; aunque hallándose la cabeza detenida en el estrecho inferior, se podrá aplicar este instrumento estando la paciente acostada de un lado con las nalgas bien á la orilla de la cama.

No se aplicará el forceps sin que el orificio del útero lo admita bien, pues si hay alguna dificultad se vencerá antes con los dedos, ó se aguardará á que la naturaleza la venza por sí, ó ayudándole con los tópicos apropiados.

Antes de introducirlo se ha de calentar, hasta ponerlo poco mas caliente que el temple de la muger. Si se calienta metiéndolo en agua caliente, que es lo mas cómodo, se enjugará para untar la parte que se ha de introducir con manteca fresca, ó algun mucílago.

Preparado el instrumento, y situados la parturiente y el operador, se ha de atender al modo de tomar cada brazo, á la direccion con que se ha de introducir, á la parte sobre que se ha de aplicar, al modo de juntar los brazos, y últimamente al modo con que se ha de proceder para sacar la parte que con ellos se ha cogido.

Cada brazo se ha de aplicar separadamente (1). Para ello se toma por la estremidad del mango al modo que se toma la pluma para escribir. Con los dedos de la otra mano puestos sobre la punta y parte convexa de la cuchara, queda ésta cubierta, y se evita lastimar á la parturiente.

Para introducir la punta de la cuchara por la vulva, se ha de inclinar el mango á la parte opuesta, y así se tendrá sobre el muslo é íngle del lado derecho, cuando la cuchara se ha de introducir por el izquierdo, y al contrario si se ha de conducir por el derecho.

Despues que el estremo ha entrado en la vagina, se vá introduciendo segun la direccion del ege de la pelvis, para lo cual se ha de ir bajando el mango y trayéndolo hácia el centro, segun vaya entrando y subiendo la cuchara, guiada de la mano hasta dejarla aplicada como conviene, si dá lugar la capacidad de la pelvis, pues si no cabe la mano, ésta acompañará la cuchara hasta donde pueda, y sin retirarla se continuará introduciendo, apoyando el estremo sobre la cabeza del feto, y adelantándolo suavemente hasta que por la situacion del mango, y por la por-

(1) Burton cuenta entre las ventajas de su forceps el que se aplica de una vez; pero este es el mayor inconveniente que tiene, porque es mas espuesto á lastimar á la parturiente, y á que no se aplique bien.

cion introducida, se conozca que abraza bien la parte que ha de sujetar.

Algunas veces es muy sensible la introducion, y en estos casos no conviene continuar empujando, sino retirar la cuchara, y mudar algo la situacion, con lo cual se consigue que la parturiente no sienta el dolor que antes.

El brazo macho se ha de aplicar primero cuando los lados de la cabeza miran á la pelvis, y el hembra cuando miran adelante y atrás. De este modo al dar la vuelta para que la cabeza se presente en la primèra posicion respecto del estrecho superior, la corvadura del forceps sigue la direccion del ege de la pelvis.

Necesitándose las dos manos para introducir y aplicar cada brazo, es necesario entregar á un ayudante el que se aplica primero. Este ayudante debe mantenerlo en la situacion que se le entrega, porque si se resbala será menester aplicarlo de nuevo. Algunos pasan una cinta por el agujero de la cuchara, para que sujetándola por ella con una mano, y con la otra por el mango se mantenga mejor, sin estorbar tanto al operador, para que se introduzca el otro brazo (1).

Los que aplican siempre el forceps metiendo las cucharas por los lados de la pelvis, y corriéndolas despues hácia delante ó hácia atrás, para ponerlas detrás de la sinfisis de los púbis, ó delante del sacro, se esponen á contundir la matriz, y que no quede bien aplicado el instrumento. Para precaver estos inconvenientes, despues que la cuchara ha entrado en la escavacion, se introducirá directamente sobre la parte á que se ha de aplicar, y cuando esto sea imposible, como lo es las mas veces cuando una cuchara ha de quedar detrás de la sínfisis de los púbis, se conducirá con la mano lo mas que se pueda, y con ella se empujará de lado, hasta colocarla en el sitio conveniente.

(1) Véanse las fig. 4 y 5 de la lám. 20 de Jacobs.

La parte sobre que se aplica el forceps ha de ser la cabeza. Ésta unas veces se detiene presentándose primero, y otras despues de salir el cuerpo. En ambos casos se aplica sobre los lados: en el primero las puntas de las cucharas caen hácia el tronco, y en el segundo hácia el vértice (como en las *figuras* segundas de las láminas 17 y 18).

En todos casos se ha de observar el aplicarlo en la parte media, siguiendo su longitud. Las orejas han de quedar dentro del hueco de las cucharas, ó fuera de los bordes.

Los que han visto á un práctico como Mr. Lauverjat aplicar el estremo de una cuchara por debajo de la apófice transversa del occipital, y el de otra por delante de un tumor formado sobre la sutura sagital, no estrañarán el que se encargue la mayor exactitud en reconocer la situacion de la cabeza, y en aplicar el forceps á la parte que conviene; porque de otro modo su aplicacion es inútil, y puede ser muy dañosa.

Luego que se haya aplicado el segundo brazo, se tomará uno con cada mano, y se irán aproximando hasta que el boton del macho pase por la hendidura del hembra. Entónces se torcerá el boton para que los brazos se mantengan unidos, y no se aparten al apretar los mangos graduadamente cuando se juzgue necesario para que sin matar la criatura no se escape la cabeza.

Cuando se ha comprimido lo suficiente, se sujetarán los mangos con una cinta para precaver que se aflojen.

Al juntar los brazos, se tendrá cuidado de no comprehender en la juntura el vello, ú otra parte de la paciente, porque le causaría un gran dolor.

Así como se ha de preferir para aplicar el forceps el tiempo en que no hay dolor, conviene tirar de la criatura cuando lo hay.

Para tirar de la cabeza se afianzarán los mangos por delante de sus ganchos con una mano, y con la otra por la parte mas inmediata á la vulva.

Nunca se tirará directamente hácia abajo, ni de

pronto. Los movimientos alternativos de un lado al otro, de adelante atrás, de arriba abajo, facilitan la estraccion, y no lastiman.

Cuando la cabeza siguiendo la direccion en que se aplicó el forceps, se ha de presentar mal á los estrechos, se le ha de ir dando la vuelta que dá en el parto natural.

En teniendo que aplicar el forceps despues de haber salido el cuerpo, se debe encargar á un ayudante que lo suspenda, porque su peso podría estrangularlo. Al mismo tiempo lo inclinará hácia el lado á donde cae el occipucio, para que así se pueda aplicar con menos dificultad el instrumento.

Despues de haberlo aplicado á satisfaccion, se cuidará de que el ayudante espresado siga con el cuerpo las mutaciones que vá tomando la cabeza, pues de no hacerlo podría violentar el cuello, y matar la criatura.

El forceps de Smellie se aplica con las mismas precauciones, escepto el que se puede aplicar cualquiera brazo primero, y que es menester mucho cuidado para unir los brazos, y no coger el vello en las mortajas.

De los casos en que puede emplearse el forceps.

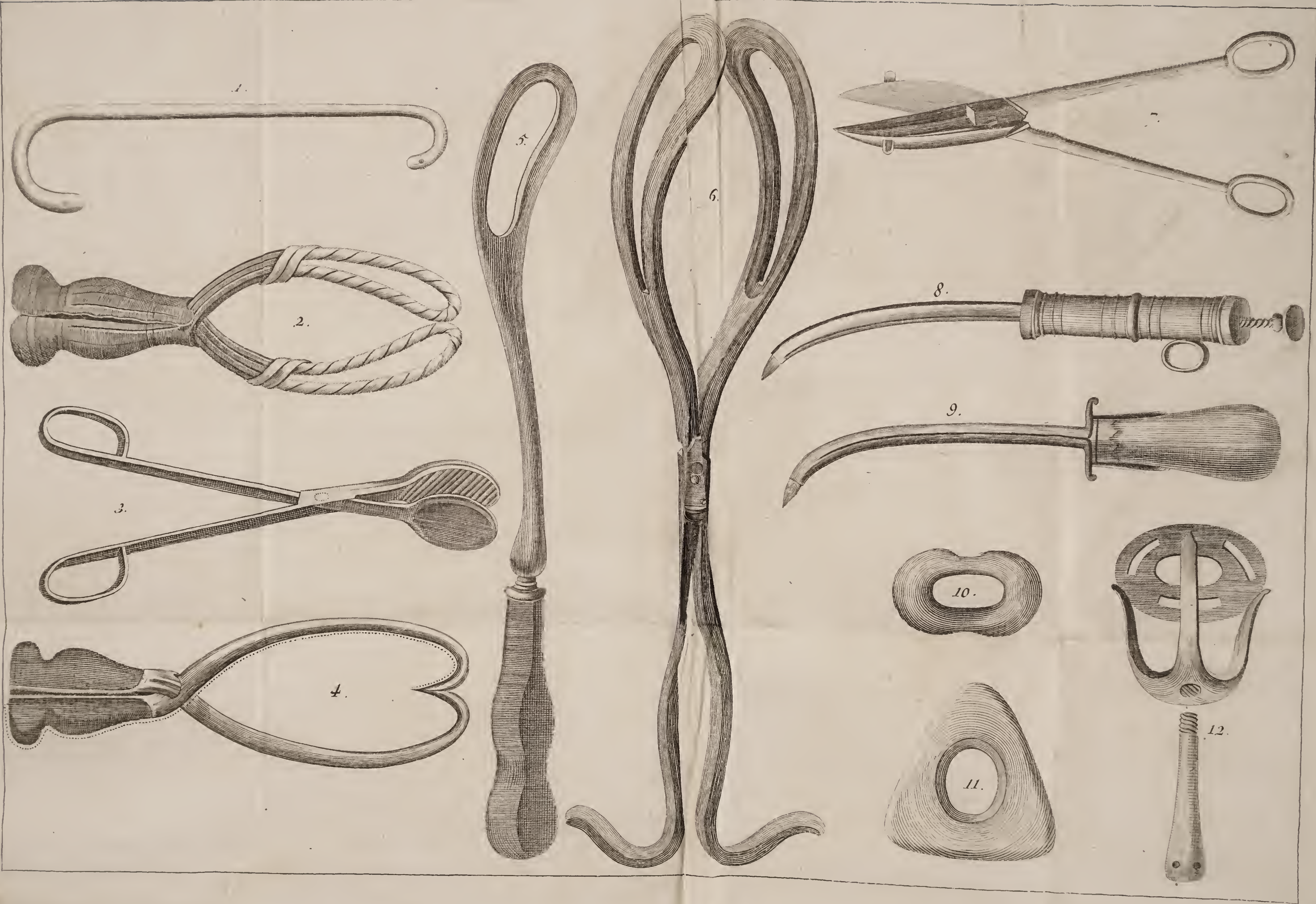
Las causas porque comunmente se aplica el forceps, son la estrechez de la pelvis, el volúmen estraordinario de la cabeza del feto, la mala situacion de esta parte, la hemorragia uterina, la compresion del cordon umbilical, la apoplegía, la convulsion, la falta de fuerzas, ó de dolores de la parturiente, la inflamacion, la gangrena, la rotura de la matriz, la emotipsis, el asma, y las aneurismas cuando impiden el que la parturiente esfuerce los dolores.

De todas estas causas, la compresion del cordon umbilical, y la hemorragia uterina son las mas urgentes.

Si atendemos al modo de obrar del forceps, una cabeza regular podrá sacarse por la pelvis, cuyo diá-

cá uperior de la escavacion de la pelvis.

De aquí se sigue que solo se ha de preferir la estraccion de la cabeza con el forceps, cuando ha lle-


1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.

metro anteroposterior tenga dos pulgadas y media; pero probablemente la criatura saldrá muerta, ó vivirá poco despues; para sacarla viva es menester que el espresado diámetro tenga tres pulgadas, y se comprima la cabeza lentamente, y aun con todo no se puede asegurar que vivirá, porque no todas sufren igual compresion sin perder la vida.

Por esta razon cuando es necesario no perder los instantes para conservar la vida del feto, como cuando el cordon umbilical está comprimido, ó la de la madre y el feto, como en la hemorragia; no se puede terminar el parto con el forceps, si la pelvis no es poco menor que las bien conformadas, ó la cabeza de la criatura menor de lo regular.

Suponiendo que el diámetro lateral de la cabeza de un feto bien conformado tiene $3\frac{1}{2}$ pulgadas; que no se puede asegurar el sacarlo vivo con el forceps, y que probablemente saldrá incapaz de vivir, por una pelvis de dos pulgadas y media de diámetro anteroposterior; se podrá calcular cuanto habrá de ser el esceso del diámetro lateral de la cabeza de un feto mayor de lo regular, para poderlo sacar vivo por una pelvis bien conformada, cuyo diámetro anteroposterior sea de cuatro pulgadas y líneas.

La mala situacion de la cabeza de la criatura no exige la aplicacion del forceps, sino cuando no se puede mejorar con las manos, ó con la palanca, y cuando el caso es tan urgente que no dé treguas para estas maniobras, como suele suceder en la hemorragia uterina, en la compresion del cordon umbilical, y en la contraccion del orificio del útero sobre el cuello, despues de haber salido el cuerpo y sacado los brazos.

Tampoco se usará de este instrumento siempre que la criatura se pueda volver y sacar por los pies, como sucede cuando la matriz no está muy contraida, y la cabeza no ha llegado á pasar del tercio superior de la escavacion de la pelvis.

De aquí se sigue que solo se ha de preferir la estraccion de la cabeza con el forceps, cuando ha lle-

gado á la mitad de la escavacion, ó hasta el estrecho inferior; cuando está enclavada en el tercio superior de la altura de la pelvis, ó sobre el estrecho superior, como el diámetro anteroposterior no tenga mas de seis líneas menos que el lateral de la cabeza, estando el feto vivo, y una pulgada si está muerto.

Á mas de estas circunstancias, es menester que la situacion de la cabeza sea tambien propia para que este instrumento se emplee con fruto.

Cuando el feto presenta la cara, la parte posterior del cráneo, ó los lados, se ha de volver antes con la mano ó la palanca, de modo que se presente por algun punto del vértice.

Despues de haber salido el tronco, no se aplica el forceps hasta que la barba ha entrado en la escavacion, y así es necesario traerla á esta parte cuando se ha detenido sobre los púbis, ó sobre el sacro.

De las pinzas romas, ó tenazas dentadas.

(*fig.* 3.ª lám. 11.)

Estos instrumentos se usaron mucho en la antigüedad, acomodando la figura á la parte sobre que los aplicaban. Hoy solo se proponen para sacar la cabeza del feto cuando despues de romper el cráneo, y vaciar el celebro, es necesario disminuir el volúmen de los huesos para sacarlos por partes, y para cuando la cabeza se ha quedado en la matriz, y los huesos están separados; casos bien raros, y en los que aun se debe intentar estraerlos con la mano, si el orificio del útero permite introducirla en la matriz, y separar con ella los huesos.

Suponiendo, pues, la necesidad de sacar los huesos por partes, se introducirán las tenazas cerradas, guiadas de una mano hasta la abertura del cráneo; entónces se abrirán lo necesario para introducir por ella un lado de la tenaza, y en estando introducido se apretarán los anillos, y se moverán á uno y otro lado para

desprender la parte comprehendida entre los dientes de la tenaza.

Asegurados de que se ha separado lo que comprehenden las tenazas, se tirará de ellas cubriendo con la mano las puntas de hueso que sobresalgan, para precaver el que arañen las partes por donde van saliendo.

De este modo se continuará separando y sacando lo que parezca necesario para sacar el resto de una vez. Se guardarán todos los fragmentos con el fin de conocer si han quedado algunos en la matriz.

Cuando el feto está macerado, y los huesos separados, se procurará coger los largos por un estremo, los anchos por la parte mas estrecha, y sacarlos de modo que su mayor estension corresponda á la mayor de la pelvis.

De los garfios. (*fig.* 4.ª lám. 11.)

Los garfios son unos ganchos agudos, y cortantes por las puntas. Los hay simples y dobles, con la punta descubierta, ó metida en una vayna del mismo metal.

Algunos los han hecho con la punta de saeta para evitar, que una vez clavados salgan por la misma abertura.

Tambien se ha ideado formar con dos garfios iguales una especie de forceps parecido al de Smellie (*fig. dicha*). Estos garfios bien aplicados aseguran la parte que comprehenden mejor que el forceps, y serían de mas uso, si se hicieran mas largos, y con otra corvadura en sentido opuesto para poderlos aplicar cuando la cabeza no ha entrado en la escavacion de la pelvis.

Los garfios que se han de aplicar sobre la cabeza deben tener una concavidad proporcionada á la concavidad de ella, porque así obrarán con la corvadura como una palanca afianzada con el garfio en que termina, lo cual los asegurará mas, y no se romperán tan facilmente las partes sobre que se clavan, co-

mo sucede con los garfios de mástil recto.

Aunque alguna vez se han encontrado vivos fetos sacados con los garfios, lo comun ha sido el sacarlos muertos, ó vivir muy poco. Por esta razon no se han de emplear semejantes instrumentos sin asegurarse de la muerte del feto.

Tampoco nos servirémos de los garfios cuando la cabeza del feto es desproporcionada á la cavidad de la pelvis; porque con estos instrumentos no se disminuye el volúmen de la cabeza como con el forceps, el cual debe preferirse siempre que el feto no esté tan macerado que se deshaga entre las cucharas, en cuyo caso menos podrán afianzarse los garfios.

Baudelocque piensa con razon, que cuando se ha sacado con los garfios una cabeza mayor que la cavidad de la pelvis, se ha conseguido por la evacuacion del celebro, y el consiguiente achatamiento de los huesos del cráneo (1). Pero habiendo otros métodos de perforar el cráneo, vaciar el celebro, y achatar los huesos menos arriesgados para la parturiente, se deben abandonar los garfios para este fin.

Los garfios, pues, solo se aplicarán sobre la cabeza entera cuando no sea posible volver la criatura para sacarla por los pies, cuando siendo desproporcionada á la cavidad de la pelvis, no se tenga pronto el forceps, ú otro instrumento de los mas propios para abrir el cráneo, y urja terminar luego el parto para conservar la vida de la parturiente.

Despues de vaciado el celebro, si no se puede sacar la cabeza con las manos, sacando los brazos, y formando con ellos una especie de forceps, ó aplicando los lazos, ó los ganchos á los sobacos, es necesario echar mano de los garfios. Tambien pueden ser útiles cuando despues de haber sacado la cabeza y los brazos no se puede sacar el pecho, y el feto está macerado, de modo que se teme arrancar antes los brazos, que sacarlo tirando de ellos.

(1) *Tom. 2. pág. 164.* edic. de 1781.

La cabeza y la parte anterior del pecho son las partes á que hasta ahora se han aplicado los garfios. Aunque algunos los clavan en cualquiera parte de la cabeza, yo creo que solo pueden satisfacer al fin de sacarla aplicándolos de modo que la punta mire á la parte que estando bien situada ha de salir delante: por consiguiente, siendo ésta la superior posterior de la cabeza, ó algun otro punto del vértice, cuando la cabeza sale delante, los garfios deben clavarse en las órbitas, por debajo de la apófice transversa del occipital, ó por el orificio del conducto auditivo, con la punta hácia el vértice. Cuando la cabeza sale la última, se clavarán en el borde inferior de las órbitas, ó en el ángulo anterior de la fontanela con la punta hácia la cara.

Los garfios se han de introducir hasta el ángulo que forma el garfio propiamente dicho con lo restante del instrumento.

Para aplicar los garfios se conducirán y cubrirán con una mano hasta el sitio donde se han de clavar. Los que tienen vayna no pueden herir al tiempo de introducirlos; pero el mango por donde se ha de sacar la vayna estorva por su volúmen, y quedando la punta y el corte descubiertos al tiempo de clavarlos, hay el mismo riesgo de herir á la parturiente, y así no tienen el motivo de preferencia que les dió el autor.

Antes de clavar los garfios se cubrirán con la mano, y se harán algunos movimientos á fin de cerciorarse de que la punta solo toca al feto. En teniendo esta certeza, se levantará un poco el mango para clavar la punta, ayudando al mismo fin con la mano que la cubre.

En estando bien clavado, se cogerá con la mano todo lo que se pueda, especialmente de la parte á donde corresponderia salir la punta, si rompiera lo que la oculta. Esta precaucion evita el que las partes se rasguen tan facilmente: precave el que saliendo la punta hiera á la parturiente, ó al operador.

Si se conoce que el garfio se escapa, no se conti-

nuará tirando, y se aplicará de nuevo con mas cuidado.

Del faringótomo (fig. 8ª lám. 11.), de las tigeras (id. fig. 7ª), del trocar (id. fig. 9ª), y demás instrumentos.

El faringótomo y las tigeras sirven para hacer una abertura por donde vaciar el celebro, á lo cual es consiguiente la muerte de la criatura. Por tanto estos instrumentos no se han de aplicar sobre el feto vivo. Tampoco se usarán mientras la criatura pueda volverse ó sacar la cabeza con el forceps, aunque esté muerta.

Las fontanelas y las suturas son los sitios mas propios para clavar estos instrumentos, y hacer con ellos una abertura capaz de introducir los dedos y vaciar el celebro. El faringótomo se introduce, y se saca con menos riesgo; pero es menester despues de clavar la hoja cortante seguir haciendo varios cortes antes de que se oculte para formar la abertura necesaria. Este instrumento merece preferirse para hacer escarificaciones.

El perforador de Bacquier (1) en forma de cruz no sirve para formar estas aberturas; pero es el mejor para tirar de la cabeza entera separada del cuerpo, pues una vez introducida la punta hasta el sitio de donde salen los brazos, éstos no pueden salir si no se rompen los huesos, y los tegumentos.

Las tigeras, ó un cuchillo un poco cóncavo en la punta, y cortante solo en esta parte, son los que merecen preferencia para estos casos. Al introducir todos los instrumentos se han de cubrir las puntas y el corte, y se han de conducir con la mano, sino se descubre la parte sobre que se han de aplicar.

No se hará fuerza con ellos hasta que se conozca por el tacto que las puntas están sobre la parte que se desea, y que ésta se haya fijado, á fin de precaver el que rodándose al tiempo de clavar el instrumento, éste se escape y hiera á la parturiente.

(1) Perret, *art.* du Coutelier, *lám.* 170.

Despues de hecha la abertura correspondiente se sacarán con las mismas precauciones que se introdujéron

El trocar sirve para evacuar por él la serosidad derramada en la cabeza, en el pecho, ó en el abdómen del feto. Para introducirlo es lo mas seguro ocultar la punta en la cánula, y no empujar hasta que su estremo se coloque en el parage por donde ha de penetrar. Para que pueda clavarse en el vientre junto al ombligo, que es el sitio de eleccion, debe ser largo, y algo convexo, á fin de que se acomode mejor á la figura del ege de la pelvis.

Los instrumentos cortantes sirven principalmente para hacer las operaciones cesárea, y sincondrotomía, por lo que se tratará de ellos en el capítulo de estas operaciones.

ESPLICACION DE LA LÁMINA UNDÉCIMA.

1. Gancho, ó corchete doble.
2. Forceps de Smellie.
3. Tenazas dentadas.
4. Garfios en forma de forceps.
5. Espátula, ó palanca de Roonhuisen.
6. Forceps corvo de Levret.
7. Tigeras con tope.
8. Faringótomo convexo.
9. Trocar corvo.
10. Pesario ovalado, escavado por delante y por detrás, para que no comprima la uretra, ni el recto.
11. Pesario triangular.
12. Pesario de mango.

VICIOS DE LAS PARTES ESTERNAS DE LA GENERACION.

De los grandes, y pequeños lábios.

Todo lo que se opone á la dilatacion de las partes por donde ha de salir el feto hace el parto trabajoso. La edema, la inflamacion, los abscesos, los tumores sanguíneos, y escirrosos, las muchas, ó grandes cicatrices, la dureza natural, y la adherencia preternatural de los lábios se oponen á que se dilaten sin romperse, irritarse, ó contundirse, á lo cual puede seguirse la hemorragia, la convulsion, la inflamacion, si no la habia, y su aumento, y malas terminaciones, si ya existía.

De la edema.

Los lábios se hinchan comunmente mas, ó menos en los últimos meses del embarazo, é igualmente las piernas y los muslos. Esta hinchazon proviene de la compresion que causa el útero sobre las venas ilíacas, y sobre los vasos linfáticos, la cual impide el libre tránsito de la sangre hácia la vena cava, y de la linfa hácia el canal torásico.

La falta de dolor, y de mutacion de color, la transparencia de la hinchazon, y el hoyo que se conserva comprimiendo con el dedo la parte, dan á conocer la edema.

Cuando la hinchazon es mediana no necesita de medicamentos para curarla, porque no es obstáculo para el parto, y pasado éste se desvanece por sí. En siendo demasiada, como lo es algunas veces, pues los lábios llegan á ocupar el intermedio de los muslos, é impedir el andar: se ha de procurar disminuir su volúmen para cuando llegue el parto. Si no se conoce otra causa que la compresion espresada, la paciente deberá guardar una situacion horizontal, y al mismo tiem-

po se dará baños, ó fomentos con el agua vejeto mineral, ó un cocimiento de flores de sauco, manzanilla y meliloto, con algunas gotas de vino.

Si cuando llega el parto no se ha resuelto la mayor parte, se desahogará el tegido celular, que es donde está infiltrada la serosidad. Para esto se harán varias escarificaciones en el parage mas declive que penetren hasta el tegido dicho.

Las escarificaciones causan un desahogo mas pronto que las sanguijuelas, no obstante, si la paciente prefiere este medicamento, y la necesidad dá treguas, pueden aplicarsele algunas repartidas en la parte donde se harían las escarificaciones.

Se ha de notar que algunas veces un lábio es el que está muy hinchado, y en este caso no hay necesidad de escarificar los dos.

Las escarificaciones se curan por sí despues del parto; y aun cuando alguna no se cierre, y forme una ulcerilla, siempre se cura mas facilmente que si proviniera de la rotura, ó compresion fuerte de los lábios, que es á lo que están espuestos no disminuyéndose la hinchazon.

De la inflamacion.

La detencion de la cabeza, ó de las nalgas del feto en el estrecho inferior, ó en la escavacion de la pelvis, la particular acrimonía del humor que habia de lubrificar los lábios, la introducion repetida de los dedos para reconocer el estado del parto, y todo lo que puede aumentar la accion de los vasos, é irritar la parte, puede causar la inflamacion, la cual se conocerá por la rubicundez, tension, dolor, y aumento de volúmen. Los lábios en este estado no pueden dilatarse sin causar mucho dolor á la paciente: esto la acobarda, la hace suspender los dolores, el parto se retarda, y aumentándose la inflamacion, es de temer que termine por gangrena si no se resuelve.

Las sangrías generales pueden tener lugar si la muger es robusta, y se halla pletórica pero si no lo está

se deben preferir las sangrías locales, porque éstas desahogan inmediatamente los vasos sobrecargados y el tegido celular, á lo cual se sigue la disminucion del volúmen, de la tension, y del dolor.

Si la muger reusa el que se le hagan las escarificaciones necesarias, se procurará suavizar la parte, y calmar el dolor con los vapores, baños ó fomentos emolientes y anodinos. Los cocimientos de malvas, en que se infunde algun azafran, ó los de flor de sauco, de manzanilla con algunas gotas de láudano líquido, suelen conseguir el intento; pero si no se logra, el mas pronto remedio es la sangría de la parte.

El mejor resolutivo será terminar el parto luego que se nota la inflamacion, si se conoce poca disposicion para ello en la paciente, lo cual hace sospechar el aumento de la inflamacion, y su terminacion por gangrena, aun cuando el parto se termine por sí despues de algun tiempo. He presenciado algunos de estos casos, en que despues de estar la criatura presentada algunos dias, y hallarse inflamados los lábios, no consintiéron dejarse escarificar, ni que se terminára el parto, el cual se verificó algunos dias despues con poca sensacion de las pacientes; pero las pobres murieron de la gangrena en que terminaron las partes que seguidamente se fueron inflamando.

Á la verdad estas mugeres y sus hijos pereciéron por el miedo á las operaciones, tan propio del bello sexo que las disculpa; pero ¿qué descargo podrá dar un médico por cuyo consejo no consintió una de estas miserables á que se terminára su parto cuatro dias antes que ella pariera un niño muerto, y doce antes que muriera gangrenada? Lo mas estraño es, que convencido con las razones de dos cirujanos que convenimos en la necesidad de estraer el feto, respondía, que no obstante, si la paciente tomaba su consejo, no consentiría la estraccion, que ella pariría, lo cual no se le negaba; pero se le pronosticaba que lo haría cuando las partes cayeran en una mortificacion, como sucedió.

De los abscesos.

El parto puede venir cuando los lábios tienen un absceso supurado, cuyo volúmen se oponga á la dilatacion correspondiente para dejar pasar el feto, ó que se abra por donde la salida del pús sea mas dificil, y esponga á la formacion de senos y fístulas; todo lo cual se precave dilatando el absceso en la parte mas baja. Terminado el parto se curará simplemente la úlcera, segun sus estados. La limpieza es muy necesaria en todos estos casos, y así la muger tendrá especial cuidado en mudarse los paños súcios, y lavar bien la úlcera con un cocimiento emoliente, para precaver que la sangre lochîal se detenga y comience á corromperse, lo cual podría infectar toda la masa, porque la absorcion es casi cierta cuando hay solucion de continuidad.

De los tumores sanguíneos.

Estos tumores pueden ser de dos especies. En unos la sangre se halla dentro de sus vasos, y en otros fuera, infiltrada en el tegido celular, ó derramada en un saco particular.

Las aneurismas y las várices son los tumores formados por la sangre dentro de los vasos; que pueden hacer el parto trabajoso. Las primeras no sé que se hayan formado alguna vez, y las segundas no son comunes, pues donde se han visto algunas veces ha sido en la vagina, y en el plexo retiforme que rodea su estremidad inferior.

Estas várices suelen romperse por sí, dar alguna sangre de la mas fluida, y el resto detenido forma unos tumores, que es necesario dilatar para terminar el parto con menos riesgo. Cuando ellas no se han roto por sí, es lo mejor dejarlas, porque se curan despues del parto, como sucede á las que se forman en las piernas ó en los muslos.

Los esfuerzos continuados de la parturiente, y la

compresion del feto sobre los vasos causan la llenura de éstos, los cuales estimulados por la distension se contraen con mas fuerza, y violentan los orificios exalantes, ó se rompen ellos mismos, y la sangre se infiltra en el tegido celular, o se derrama entre la epidermis y el cútis, y forma una bolsa, que algunas veces se ha tomado por una inversion de la matriz; porque ha sobrevenido despues del parto, y si he de juzgar por mi observacion, he visto mas veces estas bolsas de sangre despues del parto, que antes.

En todos casos, estas bolsas se quitan haciendo una pequeña incision en la parte mas declive.

Cuando la sangre se ha infiltrado en el tegido celular, se tratará como en la inflamacion (1).

De los tumores escirrosos, y de las escrescencias.

Los tumores duros, indolentes, sin mutacion de color, y que se forman lentamente no son muy raros en los lábios. Si son pequeños no estorban para el parto; pero si se hacen grandes es lo mejor estirparlos antes del parto dos ó mas meses, para dar lugar á que se cicatrice la úlcera, y aun cuando no haya lugar para esto, menos daño se ha de seguir de estirparlos antes del parto, que de esperar á que éste pase, porque la irritacion de la distension forzada podría hacer degenerar el tumor escirroso en carcinomatoso, y dificultar su curacion.

Algunas veces se forman tantas berrugas al rededor del meato urinario, ó en los pequeños lábios, que dificultan hasta introducir el dedo en la vagina, causan una retencion de orina, y ocultan de tal modo el meato espresado que no es posible encontrarlo para introducir la sonda.

En estas circunstancias no hay mas pronto remedio que estirpar las escrescencias, y corregir el vicio venereo, que comunmente es la causa, si hay lu-

(1) Véase el caso de Peyrilhe citado en la hist.

gar antes que llegue el parto: y si éste viene sin que hayan hecho caso, siempre conviene estirparlas, y desahogar la vegiga. Si no son tan grandes, ni detienen la evacuacion de la orina, se dejarán como los tumores escirrosos pequeños.

De la pérdida de substancia, y las cicatrices.

Parece que el defecto de substancia en los lábios no puede ser obstáculo para el parto, pues una cavidad se aumenta quitándole substancia de sus bordes. Así sucede con los lábios fuera del parto; pero debiendo en éste aumentarse la capacidad de la vulva, á espensas de la dilatacion del doblez del cútis que forma los lábios: cuanto mas falte este doblez, tanto mas dificil será la dilatacion sin que las partes se rasguen, que es lo que comunmente sucede cuando la pérdida de substancia es mucha, ó hay cicatrices grandes.

En estos casos se procura suavizar las cicatrices, y disponerlas á que cedan sin romperse. Para esto se dan repetidos vapores de los cocimientos emolientes, se aplican las fomentaciones de la misma especie, y se unta la parte con los mucilaginosos y los oleosos. Entre estos el cocimiento de las tripas de carnero reune las propiedades de mucilaginoso y oleoso.

Los mismos medios se usarán para ablandar los lábios naturalmente duros, lo cual es tan raro en las que han comenzado á hacerse embarazadas temprano, como frecuente en las que tienen el primer preñado de mas de 40 años.

De la union de los lábios.

Los lábios pueden unirse despues de un parto, ó durante el embarazo siempre que padezcan la inflamacion adhesiva, la cual puede provenir por todas las causas que irritando la parte la inflaman ó la escorian.

Esta adherencia nunca se estiende á todos los lá-

bios, y siendo reciente se suele deshacer con las torundas de esponja preparada; empujando con la sonda, ó tirando de los lábios hácia los muslos. Si con estos medios no se logra deshacerla, es menester dilatar con el bisturí guiado de la sonda acanalada, cuidando lo posible que el corte siga lo largo de la adherencia. Hecha la separacion, se evita nueva adhesion poniendo lechinos entre los lábios, ó un emplastro tendido por entrámbos lados del lienzo, ó gazela sobre que se estienda.

Vicios de la vagina.

Los vicios de la vagina que pueden hacer el parto trabajoso, los reduciremos á su estrechez natural en toda estension ó en una parte, á la obturacion por union de sus paredes, ó por alguna membrana preternatural; á la demasiada sequedad, á las hernias ó descensos; á la inflamacion; á las várices, tumores escirrosos ó poliposos; á las contracciones por espasmo; á la solucion de continuidad; y á la mutacion de lugar.

De la estrechez natural.

La vagina es naturalmente pequeña algunas veces, y otras se estrecha por las muchas cicatrices, que se forman en la superficie interna, por los tumores que ocupan su substancia, ó las partes contiguas.

Por estrecha que sea la vagina, se puede tener esperanza que la naturaleza la ensanchará para el parto. En las Memorias de la Académia de Ciencias de París, se refiere que una muger, en cuya vagina no cabia el cañon de una pluma, se hizo no obstante embarazada, y á los 5 meses comenzó á dilatarse, y siguió haciéndolo hasta que llegada la hora del parto parió naturalmente.

No obstante, si se observa que la naturaleza no hace en la muger que se asiste lo que en la de la re-

ferida observacion, es menester que lo haga el arte por grados. Para este fin se le harán inyecciones emolientes, y se le pondrán torundas de esponja preparada, ó candelillas de esperma de ballena; y si cuando llega el parto se considera que no tiene la capacidad regular, se dilatará introduciendo una vegiga ó un intestino grueso de vaca, atado por un estremo y vuelto para que la ligadura quede interiormente; á la vegiga ó intestino, que se ha de meter vacío, se le acomoda el sifon de una geringa en la parte que ha de quedar fuera, y por él se vá llenando de un cocimiento emoliente, de agua ó de leche tibias. Conforme la vegiga se vá ensanchando, lo hace tambien la vagina. Sucesivamente se introduce mas líquido, hasta que se considera suficientemente dilatada.

El esfuerzo que hace el líquido empujando con la geringa es bastante para dilatar la vagina, es igual, y nada aspero, porque lo recibe por medio de un fluido, cuyo calor y humedad la disponen para que ceda. Por estas razones debe preferirse al dilatador de la matriz que algunos proponen para ensanchar la vagina. Aun cuando no se tenga pronta la vegiga ó el intestino, yo preferiría á este instrumento el dilatarla con los dedos, introduciendo primero uno, dos, &c.

El orificio de la vagina por sí, ó por el hímen, puede hallarse tan estrecho que no deje pasar el feto sin romperse. Esta rotura hecha por la naturaleza á costa de grandes esfuerzos, tarda en efectuarse, causa mucho dolor, y la herida contusa que debe resultar, espone la paciente á peores resultas, que si se hiciera la dilatacion con un instrumento cortante.

Por este motivo luego que el feto se presente al orificio de la vagina, y se vea que una membrana tensa impide su salida, se dilatará dicha membrana con el bisturí guiado de la sonda acanalada.

Cuando el orificio es por sí estrecho se procurará ensancharlo del modo que se ha dicho, se ha de hacer cuando la estrechez ocupa todo el trayecto de la

vagina: y si es tan duro y resistente que no se consiga dilatarlo con los medios suaves, se dilatará con el bisturí en la parte donde se halle mas tenso, cuidando no penetrar el corte hasta interesar la uretra, si la dilatacion se hace hácia el arco de los púbis; ó el intestino recto, cuando se dilate hácia esta parte.

De la obturacion de la vagina por adhesion de sus paredes, ó por alguna membrana preternatural.

La vagina enteramente tapada hace á la muger estéril, é igualmente si falta el orificio del útero. Estas mugeres al paso que son estériles están espuestas á que en teniendo la menstruacion, la sangre se detenga en el útero ó en la vagina, y les cause la muerte si no se dejan hacer aberturas por donde salga.

Las membranas que tapan la vagina, suelen tener una pequeña abertura por donde sale la sangre menstrual, y puede penetrar el licor prolífico; pero que no deja salir el feto, si la naturaleza ó el arte no la hace mayor. La naturaleza que ha de agrandar esta abertura no puede hacerlo sino á fuerza de empujar el feto, y este empuje hará la dilatacion donde halle menos resistencia, lo cual puede ser en un punto de la vagina, y no en la circunferencia de la abertura.

Por esto luego que por el tacto se conozca que hay una de estas membranas, se dilatará en cruz, si la abertura está en su medio, ó en forma de V si se halla hácia los lados.

Si la membrana está cerca del orificio de la matriz, puede confundirse con él. Para esponerse menos á dilatar el espresado orificio en lugar de una membrana preternatural, se introducirá el dedo si cabe por la abertura, y si no la sonda de pecho, y se reconocerá si el orificio del útero está mas arriba. Finalmente, aun cuando haya alguna duda si la abertura corresponde á una membrana preternatural, ó es

el orificio del útero naturalmente pequeño, y que no cede á los esfuerzos naturales, se pasará á dilatarlo.

Esta operacion se hará con un bisturí cubierto, ó que solo tenga filo en dos ó tres líneas de la punta, el que se introducirá apoyado sobre el dedo índice de una mano, que servirá de guia hasta que la punta penetre el grueso de la membrana, ó el cuello del útero, y en estando seguro de que el corte se halla hácia donde se ha de dilatar, se empujará con el mismo dedo, y se le dará el movimiento correspondiente á la abertura que se intenta hacer.

Luego que se considera que hay capacidad suficiente para que salga el feto, se deja obrar la naturaleza, ó se termina el parto segun las demás circunstancias.

La membrana que disminuye el diámetro de la vagina puede estar á lo largo de ella, formando dos vaginas en toda su estension, ó en una parte. Este caso, aunque no lo he visto sino en los cadáveres, puede ofrecerse, y embarazar mucho el parto.

Siempre se ha de tratar como la estrechez natural de la vagina, y así se procurará ensancharla del modo espresado, pues no hay diferencia esencial entre una vagina estrecha por sí, ó por estar dividida en dos. Sinembargo conociendo que con los medios dichos no se dilata lo necesario, y que para dar salida al feto se ha de romper, tal vez del lado de la cavidad, se podrá dilatar con un bisturí, guiado de la sonda acanalada introducida por la parte de la vagina por donde se juzga que es mas dificil salga el feto. Tambien, y quizá mejor, se podrá dilatar la membrana intermedia con unas tigeras de punta roma, introduciendo una hoja por cada una de las vaginas; ó con el bisturí con que hace Mr. Lassus la dilatacion del prepucio en los fimosis.

Cuando la disminucion del diámetro de la vagina proviene de la adhesion de sus paredes en algun punto de la superficie interna, lo cual se conocerá por el tacto, se procurará deshacer la adherencia, con las

torundas de esponja preparada, con las candelillas, ú otros cuerpos, que introduciéndolos secos, tomen mayor volúmen con la humedad que se introduce en sus poros, ó con el líquido que se les puede hacer recibir en su cavidad, como la vegiga, de que hemos hablado para ensanchar la vagina.

Si con estos medios suaves no se deshace la adherencia, se esperará la hora del parto para deshacerla, si no lo hace la naturaleza. Me parece que es mas facil no interesar mucho alguna de las paredes de la vagina al tiempo de romper la adherencia con el bisturí, cuando la parte del feto detenida las destiende. De todos modos se ha de preferir esta dilatacion á la operacion cesárea.

En todos los casos en que se hayan de hacer dilataciones con el instrumento cortante, se introducirá alguna torunda, ó candelilla proporcionada á la cavidad de la vagina con el fin de impedir que se vuelva á unir por la parte cortada, para lo cual es menester continuar su introducion, hasta que se conozca que las incisiones se han cicatrizado.

De la demasiada sequedad, y de la inflamacion.

La vagina se reseca comunmente cuando el parto dura mucho tiempo despues de romperse las membranas y derramarse las aguas. Esta sequedad retarda mas el parto, y hace mas sensible el tránsito del feto por las partes secas. Á mas, la sequedad misma es una disposicion para la inflamacion, ya sea antes, ya despues del parto. Las inyecciones emolientes, las unturas con alguna disolucion de las gomas no acres, ó con un cocimiento de malvas, linaza ó zargatona bien espeso, precaven la sequedad de la vagina, y su inflamacion por esta causa.

No obstante, si las arrugas de la vagina se tocan hinchadas, están muy sensibles, hay dolor contínuo, escalofríos, frecuencia de pulso, y los lábios, ó el orificio están mas encarnados que lo natural, se puede

asegurar que hay una inflamacion en la vagina.

Esta inflamacion se tratará como cuando la hay en los lábios, sin omitir el hacer las sangrías locales, con las precauciones que exige una parte que no puede registrar la vista para guiar con ella el instrumento.

De las hernias y descensos.

La vagina puede ensancharse, y pasar á su cavidad la vegiga de la orina, ó algun intestino, y éste contener escrementos, ó estar llena aquella de orina.

Los escrementos á mas de dificultar el parto por su volúmen, pueden ser contundidos y obligados á salir con el intestino delante del feto. Para evitar estos males es necesario reducir el intestino mediante la situacion y la aplicacion de los dedos, y en estando en su lugar se desahogará con las enemas, y se mantendrá en él teniendo uno ó mas dedos aplicados sobre la dilatacion de la vagina, hasta que pase de ella la cabeza del feto.

Despues del parto se procurará contener el intestino con la situacion, y si no se consigue, se precave el descenso aplicando un pesario apropiado.

La vegiga puede romperse si está llena de orina, ó equivocarse con las membranas si no se han roto. En haciendo orinar á la muger, se conocerá que era la vegiga la que formaba el tumor, pues debe desaparecer en orinando. Si la muger no puede orinar, se le sacará la orina con la sonda, y al mismo tiempo se observará con un dedo metido en la vagina que la vegiga es la que forma el tumor. Despues de sacar la orina, se reducirá si es posible la vegiga y se mantendrá reducida hasta que pase la cabeza del feto.

Despues del parto, se mantendrá la muger en la situacion mas propia para que la vegiga, ó el intestino no se presenten á la abertura, manteniendo la vegiga vacía, por medio de una algalia ó candelilla hueca de goma elástica, y el intestino mediante las enemas, y la disminucion del alimento, hasta que se consiga for-

tificar la parte, y si no se pondrá el pesario que haga el oficio de braguero.

La vagina puede bajar y salir fuera de la vulva, y aunque la parte que se halla fuera no es obstáculo para el parto, si el feto sale con dificultad, puede contundirla, lo cual espone la parte á la inflamacion y sus malas terminaciones. Tambien puede tirar de la matriz y causar su descenso. Para precaver estos desórdenes, se ha de introducir la vagina que se halla fuera ó mas baja, lo mas alto que se pueda, y mantenerla así hasta que pase la cabeza, ó la parte del feto que ha de salir primero.

Para precaver el descenso de la vagina, se mantendrá la muger acostada, y luego que hayan cesado los lochîos se le pondrá un tubo agujereado como el de los pesarios con mango (*fig.* 12ª lám. 11.), pero del largo y grueso de la vagina. Este tubo puede hacerse de goma elástica, ó bien como las sondas flexibles, y se mantendrá dentro por medio de cintas atadas á la cintura, pasadas por los agujeros que tiene el mango de estos pesarios.

De las várices, tumores escirrosos, y poliposos.

Las várices son raras en la superficie interna de la vagina, y si ellas no se han vuelto duras y como callosas, ó se han reventado y vuelto á llenar muchas veces, no ofrecen dificultad al parto: no obstante, cuando se conocen con tiempo se pueden disminuir como la hinchazon edematosa, esto es, con la quietud, la situacion, las inyecciones tónicas; y si esto no basta, dilatándolas lo necesario para que salga la sangre que contienen.

Los tumores escirrosos son mas comunes, y lo peor es que pronto degeneran en carsinomatos. De estos tumores, los chicos no ofrecen mucha resistencia para el parto; pero si están donde se puedan estirpar, será lo mejor hacerlo con tiempo para que la úlcera se cicatrice antes del parto. Si los tumores son tan gran-

des que tapen toda la vagina, y están donde no se pueden estirpar, yo preferiría la operacion cesárea á el dividirlos ó deshacer la criatura estando viva, como aconsejan los que prefieren la muerte de ésta á lo contingente de perderla la madre, por las razones que se dirán cuando se trate de los tumores de esta especie en el orificio del útero.

Los pólipos de la vagina deben estirparse si son grandes antes que llegue el parto, porque dejándolos, á mas de lo que su volúmen puede oponer al tránsito de la cabeza por donde ellos se hallan, puede comprimirlos, llevarlos por delante, ó arrancarlos con parte de la substancia de la vagina.

La ligadura se debe egecutar en estos casos, y para hacerla merece preferirse el instrumento de De-Sault, y en su defecto la cánula doble que propone Levret.

De la contraccion espasmódica.

En las mugeres muy irritables se contrae la vagina espasmódicamente en su orificio ó mas adentro, y forma una estrechez que no permite pasar por ella la parte que presenta el feto, ó la que aun se conserva dentro, si ha salido alguna. Esta constriccion es mas frecuente cuando el feto sale por los pies, despues que los hombros se hallan en la vulva, y se sacan los brazos; porque la vagina irritada por la distension que ha sufrido al pasar por ella el cuerpo que la distendía, libre en parte por estar solo el cuello distendiéndola, se contrae sobre él, y sofoca al feto si no se acaba de sacar prontamente. Para evitar este accidente aconsejan algunos que no se saquen los brazos cuando por la constitucion de la parturiente se puede temer la contraccion espasmódica de la vagina, ó del orificio del útero.

Cuando habiendo antes examinado la vagina, y encontrádola regular, se nota la constriccion, no se insistirá en vencerla por fuerza con los dedos, ni se dejará á la muger que esfuerce los dolores hasta que

con el uso de los narcóticos interiormente, y con los vapores y las inyecciones en la parte se afloje la constriccion, pues de violentarla podría venir una convulsion general.

De la mutacion de lugar de la vagina.

No faltan observaciones de este vicio de conformacion, y de que no obstante las mugeres han concebido y parido con mas o menos trabajo.

Como estas variaciones pueden ser muchas, no es posible determinarlas todas, y así las reducirémos á dos principales; la una cuando el orificio de la vagina, y el del ano forman uno solo, y la otra cuando la vagina termina sobre los púbis en cualquiera parte del vientre.

En todos casos se examinará si el orificio, y la cavidad de la vagina tienen la capacidad necesaria, y si no se procurará dilatarla como se ha dicho. Si es bastante capaz, solo hay que dirigir el feto para que sus mayores diámetros se presenten á la mayor estension del orificio.

Cuando el ano es orificio comun al recto y á la vagina, se procurará que la cabeza se presente al estrecho inferior como cuando la vulva se halla en su sitio natural.

Si la vagina termina sobre el púbis, y la abertura es pequeña, ó hay mas de una, como en la observacion que refiere Huxham, es menester reconocer á cuál corresponde el orificio del útero, y si las dos corresponden, y no están separadas mas que por una membrana, al modo que cuando hay dos pequeñas vaginas, se dilatará la membrana intermedia, y entónces se observarán los progresos del parto, siguiendo los preceptos generales.

Despues que la naturaleza, ó el arte haya terminado el parto, no se dejará cerrar del todo la herida, para evitar el tener que dilatar otra vez, si se repite la misma tragedia.

De la solucion de continuidad de la vagina.

La vagina puede romperse por los esfuerzos naturales si no se ensancha lo necesario para recibir la cabeza de la criatura, lo cual es mas contingente cuando el parto es pronto, y la pelvis mayor que lo comun. Esta rotura puede verificarse en la parte superior, en la media, ó en la inferior.

Cuando la rotura es en la parte mas alta, puede dejar salir la criatura, y ésta pasar al abdómen. Si se rompe en la parte media, la cabeza del feto puede ladeándose salir por la rotura y pasar á la pelvis. La rotura en la parte inferior carece de estos estravíos.

Tambien puede romper la vagina una mano introducida con violencia. Se ha visto separarse de la matriz cuando se ha empujado fuertemente la cabeza del feto encallada en el estrecho superior, con el fin de apartarla para poder ir á buscar los pies. El dolor de la paciente, y tal vez el ruido que la vagina hace al romperse, y la hemorragia que suele seguirse, harán sospechar esta rotura, la cual pudiendo confundirse con la del útero, solo podrá distinguirlas el tacto.

La separacion total de la vagina deja vacilante á la matriz, y con dificultad se podrá fijarla para introducir la mano por su orificio, y sacar la criatura, que es lo primero que se ha de intentar; no obstante, se procurará que un ayudante la mantenga lo mas fija que se pueda, apoyando las manos sobre el vientre. Si se logra meter la mano, se buscarán con ella los pies, y al sacarlos se cuidará el que los intestinos no se vengan con ellos, especialmente por entre los dos, porque sería necesario sacar una porcion tan larga como dos veces la distancia de las entrepiernas á lo mas alto de la cabeza.

Tambien se ha de cuidar el no traer la vagina, para lo cual se sostendrá con los dedos de la mano libre hasta que salga toda la criatura.

Para estraer las pares se atenderá á las reglas generales.

Si han salido los intestinos, se reducirán, é igualmente la vagina si se ha vuelto lo de adentro afuera, y bajado con la criatura.

Cuando la rotura de la vagina se hace en la parte media, ó en la inferior, si se conoce antes que haya pasado por ella parte de la criatura, se ha de procurar poner los dedos sobre la rotura hasta que pase de ella la cabeza y los hombros si aquella viene delante, ó los pies cuando estos se presenten primero; aunque en este caso no se puede esperar la rotura de la vagina.

Si alguna parte ha entrado por la rotura, se ha de procurar sacarla empujando el resto hácia el abdómen. Logrando levantar la parte que viene delante hasta que pase de la rotura, se procederá como si no hubiera pasado por ella parte alguna del feto.

Concluido así el parto, se situará la parida de modo que los lochîos no se dirijan hácia la rotura, y se derramen dentro de la pelvis, para lo cual convendrá que se acueste sobre el lado contrario á la rotura, y que tenga puesta una cola de golondrina. Luego que hayan pasado los primeros dias de lochîos abundantes, se tendrá cuidado en que no salgan la vegiga ó los intestinos por la rotura, para cuyo fin será conveniente ponerle una cánula con agujeros en varios puntos de su circunferencia, tan larga y ancha como la vagina, manteniéndola con cintas como los pesarios de mango. La goma elástica proporciona una materia propia para hacer estas cánulas, porque siendo capaz de meterse comprimida para disminuir la dificultad que ofrecería á la introducion el volúmen que debe tener, éste se opone despues á que pasen á la vagina las partes referidas.

Si la rotura no se suelda, es necesario que la muger lleve siempre un pesario cilíndrico para precaver las hernias de la vegiga, ó de los intestinos; pero si se une, podrá quitárselo luego que la cicatriz esté firme.

De los vicios de la matriz que hacen al parto trabajoso.

Estos vicios pueden hallarse en el orificio, ó en el cuerpo y fondo.

Los vicios del orificio son la union de sus lábios, la dureza y callosidad, la inflamacion, los pólipos y los tumores escirrosos, las cicatrices, la constriccion espasmódica y la oblicuidad.

Las enfermedades del cuerpo y fondo de la matriz son su oblicuidad, las hernias y descensos, la inflamacion, la desigualdad de su contraccion, la solucion de continuidad y la inercia.

De la union del orificio del útero.

Este orificio habiendo estado abierto para concebir, se suele cerrar y unir durante el embarazo.

Este defecto se conoce introduciendo el dedo en el tiempo del dolor, y despues que ha pasado, pues se tocará siempre sin mutacion. No obstante se repetirán los reconocimientos, recorriendo bien con la yema del dedo todo el tumor que se presenta en la vagina, y la union de ésta con el cuello del útero, porque podría muy bien suceder que el orificio estuviera muy alto ú oblicuo, y no presentándose en medio de la vagina, tomar el cuello del útero por la union de su orificio.

Asegurado de que el orificio del útero está unido, y que nada se adelanta con los dolores, es necesario hacer una dilatacion donde debia estar dicho orificio. Esta operacion, á que algunos llaman cesárea vaginal ó inferior, es menos arriesgada que la verdadera, y no hay medio mejor para que salga viva la criatura.

Esta dilátacion se hará con la punta de un bisturí cubierto, conducido y guiado por el índice de una mano. La abertura ha de ser tan larga como el diámetro de la vagina, para que el feto pase sin dificultad; pues si no, es menester agrandarla despues.

Inmediatamente que se haga la dilatacion, se romperán las membranas, y se reconocerá la situacion del feto para sacarlo por los pies sí es mala. Presentándose bien, y habiendo los dolores espulsivos, se podrá dejar el parto á la naturaleza, porque la parte del feto que se introduce en la abertura detiene la hemorragia, que se sigue á la rotura de los vasos del útero.

De la dureza y callosidad.

Cuando se distingue que el orificio del útero está duro, calloso, ó lleno de cicatrices, y que continuando los dolores del parto, la muger se fatiga, se cansa y desmaya sin que el espresado orificio se dilate; no obstante la aplicacion de los mucílagos, de los vapores é inyecciones emolientes, no hay mejor modo de terminar el parto que dilatarlo de un lado y otro.

Mr. Louis propone para hacer esta dilatacion unas tigeras romas, cuyas hojas sean de una pulgada de largo, y tengan el filo por la parte esterna, de modo que introduciéndolas cerradas corten al abrirlas; pero yo preferiré para estas dilataciones el bisturí cubierto, ó que solo tenga corte en la punta. La abertura debe ser como se ha dicho en el caso antecedente.

En esta dilatacion no es tan temible la hemorragia, porque en las partes duras y callosas son mas delgados los vasos sanguíneos. No obstante si la hay, y el parto se retarda, se terminará por el arte, volviendo el feto, y sacándolo por los pies.

De los pólipos, y tumores escirrosos.

Los pólipos, y los tumores escirrosos son frecuentes en el orificio y cuello del útero, y segun su volúmen así retardan, dificultan ó imposibilitan el parto, lo mismo que lo hacen los de la vagina, aunque el riesgo regularmente es mayor por razon de la estructura de la parte, y por estar mas profunda.

Algunos quieren que cuando los tumores escirrosos

son tan grandes que no se pueden estirpar, ni dejar salir el feto sin dividirlos por medio, se prefiera á esta division la operacion cesárea; porque las incisiones que han de ser violentadas, irritadas, y aun contundidas por la cabeza del feto, que han de recibir las impresiones del ayre y de los lochîos, tienen peores resultas que la operacion espresada.

Á la verdad menos se puede temer de estirparlos enteramente, que de abrirlos simplemente, ó hacer la operacion cesárea. De todos modos peligra mucho la vida de la madre; pero no salva la del feto si está vivo, y ambos peligran dejando el parto á la naturaleza, á menos que el feto sea muy pequeño, ó el tumor no llene enteramente el orificio del útero.

Estas medidas se han de tomar con la mayor exactitud, é igualmente se ha de indagar si el feto está vivo ó no, pues estando muerto se debe tomar el partido de romper y vaciar el cráneo; y si se halla vivo y es desproporcionado para salir sin abrir el tumor, es menos, ó igualmente arriesgado para la madre el hacer la operacion cesárea, y así se procederá segun las demás circunstancias; esto es, que si la paciente no tiene otros tumores, ni algun vicio en sus humores bien caracterizados; si su disposicion y constitucion no hacen temer una degeneracion pronta del tumor, se podrá preferir el dividir el tumor si la pelvis es regular, cuidando terminar el parto, y concluido éste calmar la irritacion, tratar la úlcera con los digestivos anodinos, y á la parturiente con el régimen apropiado á su constitucion. De este modo se salva la criatura, y la vida de la madre probablemente durará mas que si la operacion cesárea saliese mal, como es mas regular que suceda.

Cuando á mas del tumor la pelvis es algo estrecha, ó hay tumores de la misma naturaleza en la vagina ó en el resto de la matriz, parece que dicta la prudencia asegurar la vida del feto antes que esponer á un riesgo próximo la de éste y la de la madre.

Los pólipos grandes del cuello del útero deben es-

tirparse antes que llegue el parto, tanto para facilitarlo, como para precaver que al pasar la cabeza del feto los arranque, y con ellos parte de la substancia de la matriz, por cuyo temor se prefiere la ligadura á las tenazas para estas estirpaciones.

Aun estirpando estos pólipos con la ligadura, no hay seguridad de separarlos enteramente sin comprehender parte de la substancia de la matriz, porque la direccion y figura de los pólipos muda de tal modo la de la víscera donde se hallan, que no es posible determinar cual es la substancia estraña, ó la natural, ni separarlas con el escalpel sino disecando con el mayor cuidado y delicadeza.

He visto piezas preparadas en que el orificio del útero estaba en un lado del pólipo á la mitad de su longitud; de modo, que el tacto mas fino podría tomarlo por una oblicuidad del espresado orificio en un cuello algo prominente. En otras el pólipo rodeaba el orificio, al cual habia hecho bajar formando la misma figura de la matriz, de modo que al tacto presentaba el esterior de esta víscera en su descenso.

Confieso que en tales circunstancias no podría decidir lo que se debia comprehender en la ligadura, y esto me determina á proponer que cuando sea preciso quitar el estorbo del pólipo, y se duda donde tiene la raiz, y si es posible comprehenderlo todo sin interesar la substancia de la matriz; se ligue únicamente la parte que estorba para el parto. Esta ligadura se hará con los mismos instrumentos que se han indicado para los pólipos de la vagina.

De la constriccion espasmódica.

La constriccion espasmódica del orificio del útero dificulta el parto. Esta constriccion puede venir antes que haya pasado por él alguna parte del feto, ó cuando solo queda la cabeza en el útero.

Se conocerá que el orificio espresado se halla contraido en que en el tiempo del dolor se pone mas du-

ro que lo comun, y pasado el dolor se queda cerrado sin aflojarse, ablandarse, ni adelgazarse sus bordes. Reconocida esta disposicion dos, ó tres veces, no se repetirán los reconocimientos hasta que se haya pasado el tiempo regular para que obren los medicamentos indicados, porque siendo muchas veces la causa de esta contraccion los continuados estímulos de un dedo aplicado sin necesidad, si se aplica cuando ya hay la enfermedad, debe aumentarla.

Los opiados en forma líquida dados interiormente, los vapores, é inyecciones emolientes, narcóticas, y los baños, son los que pueden aflojar la constriccion, y así luego que se verifique haber tomado una dósis regular, y que ha hecho su efecto en el sensorio comun, se volverá á reconocer si tambien lo ha producido en la parte contraida; y si no se repetirá el medicamento aumentando con prudencia la cantidad, hasta que se consiga el fin y entonces se cometerá el parto á la naturaleza, ó lo terminará el arte segun la posicion del feto, y el estado de la parturiente.

Cuando el orificio espresado se ha contraido antes de pasar por él alguna parte del feto, es muy probable se contraiga tambien cuando despues de pasar el tronco se queda obrando sobre el cuello, ó bien despues de haber salido todo el feto. Lo primero puede causar la sofocacion del feto, y lo segundo la retencion de la placenta.

Para precaver estos accidentes, será prudencia no sacar los brazos hasta que salga la cabeza, y continuar el uso de los narcóticos hasta que salga la placenta.

De la oblicuidad del útero.

La oblicuidad de las partes del útero es comunmente en sentido opuesto; de modo, que cuando el orificio está inclinado hácia un lado, el fondo lo está al opuesto, é igualmente cuando aquel se inclina hácia el sacro, éste se halla inclinado hácia el púbis.

La oblicuidad del orificio dicho, si es poca suele

corregirse por sí, conforme la cabeza del feto hace esfuerzos para entrar en la pelvis, especialmente cuando es hácia el sacro, pues naturalmente está inclinado un poco hácia esta parte. Si la oblicuidad es mucha, son inútiles los esfuerzos naturales para terminar el parto, si con la buena situacion, y la ayuda de las manos no se trae el orificio del útero al ege de la pelvis. No obstante, esto no es tan frecuente como creyó Deventer, ni tan ráro como dicen Camper y Chapman.

Se sospecha que el orificio del útero está inclinado hácia el sacro, y el fondo hácia delante cuando el volúmen del vientre es mucho hácia bajo y hácia delante, y los hipocondrios están vacíos. Se saldrá de la sospecha introduciendo un dedo ó toda la mano, hasta tocar y distinguir á donde se halla el referido orificio, y en que grado de dilatacion.

Si se halla directamente contra el sacro, y los dolores no faltan, se situará la muger acostada sobre la espalda, las nalgas levantadas, y los muslos doblados, para que levanten el fondo de la matriz, y baje el orificio. Si con esta situacion no se viene el orificio hácia el medio de la pelvis, se introducirá una mano en la vagina, y con uno ó mas dedos, metidos en el orificio de que se trata, se tirará de él hácia abajo y hácia delante, al mismo tiempo con la otra mano se empujará el fondo hácia arriba y hácia atrás, ó se encargará á un ayudante que lo haga con sus dos manos.

De este modo pocas veces dejará de conseguirse el traer el orificio á donde debía estar, y para que no se vuelva á inclinar, se mantendrá la parturiente en la situacion espresada, y se tendrá el vientre levantado hasta que la cabeza del feto entre en la escavacion de la pelvis.

Cuando ni con la situacion, ni con la ayuda de las manos se puede traer el orificio hácia delante, habiéndolo intentado mas de una vez, y la muger desmaya, le faltan los dolores, ó hay otro accidente de consideracion, se pasará á hacer la estraccion aunque

el orificio del útero se halle poco dilatado, porque esta falta proviene de la misma oblicuidad que no permite recibir los esfuerzos que habian de dilatarlo.

Las mugeres que tienen la pelvis mas ancha que la bien conformada están espuestas si el orificio del útero no se dilata por estar inclinado, cerrado ó calloso, á que toda la matriz con la criatura baje á la pelvis, y aun salga de la vulva; y las bien conformadas ó algo mas estrechas, á que se rompa el cuello, si los dolores y las fuerzas espulsivas son fuertes. Por estas razones no se les aconsejará que esfuercen los dolores hasta que se ha situado bien el orificio espresado, en caso de estar inclinado, ó se haya dilatado si está unido ó calloso; y mientras esto no se egecuta, se sostendrá la accion de los esfuerzos naturales con dos dedos aplicados al centro del tumor que forma el útero en la vagina.

La oblicuidad del cuello y el orificio del útero hácia el sacro es la mas frecuente y completa, y están espuestas á padecerla las que han parido muchas veces por la especie de atonia en que graduadamente van quedando las partes continentes del vientre en cada parto. Tambien puede contribuir mucho el uso de cotillas durante el embarazo, y el egercicio de lavar hincadas de rodillas.

El orificio del útero no puede inclinarse hácia el púbis, si la muger no es gibosa de las vértebras lombares para que el fondo se incline hácia atrás. Esta deformidad de la muger, y la retencion de orina que regularmente causa la compresion que recibe la uretra, son motivos suficientes para sospechar la oblicuidad espresada, y pasar á reconocerla por el tacto.

Si en el reconocimiento se observa que el orificio de que se trata se halla hácia delante, luego que los dolores sean espulsivos, se situará á la muger para el parto; de modo que el vientre esté como colgando, v. gr. echada sobre los codos, ó sostenida en los brazos apoyados sobre el borde de la cama, de una silla ó mesa, y los pies fijos en el suelo. En esta si-

tuacion esforzará algo los dolores, y mientras se comprimirá el cuello del útero hácia atrás, y el fondo hácia abajo apoyando una mano por encima de los púbis. No adelantando cosa alguna con la situacion, se introducirá la mano hasta el orificio, y se tirará de él hácia el medio de la pelvis, al mismo tiempo que con la otra se comprime el fondo hácia delante y hácia abajo.

Continuando la mala situacion, se procederá á estraer el feto como en el caso antecedente.

La oblicuidad del cuello, y del orificio del útero al lado derecho ó al izquierdo, por lo comun no es completa, porque las crestas de los ílios no permiten el que el fondo se incline demasiado á los lados: no por esto deja de verificarse en las mugeres que hacen el vientre muy sacado hácia delante, y entonces la oblicuidad es hácia un lado y algo hácia atrás.

Se conocerá la inclinacion del orificio del útero hácia un lado en que el vientre crece mas del otro, lo cual sucede comunmente cuando la muger tiene aquel estremo mas corto. Finalmente, el dedo ó la mano introducida en la vagina determinan donde y como se halla este orificio.

La situacion mas propia para que la parturiente en quien se nota este defecto, pueda parir por sí, es acostada sobre el lado hácia donde está inclinado el orificio del útero, á fin de que el fondo por su peso caiga sobre el mismo lado, porque cuanto él se acerque á la mitad del vientre tanto disminuye la oblicuidad del orificio.

Si con la buena situacion de la parturiente no se mejora la del orificio del útero, se pasará á hacerlo con una mano introducida en la vagina, y otra aplicada sobre el vientre: con ésta se empujará el fondo del útero hácia la mitad del vientre, y con aquella se tirará del orificio hácia el ege de la pelvis. En lo demás se procederá segun se ha espuesto en las demás oblicuidades; advirtiendo que se debe introducir la mano que corresponde al lado hácia donde se halla inclinado el orificio espresado.

De las hernias y descensos de la matriz.

Las hernias de la matriz fuera del tiempo de preñéz son raras, y las que se observan con mas frecuencia son las que se forman en los primeros meses del embarazo, las cuales suelen desaparecer despues del parto.

La dificultad que estas hernias ofrecen para el parto, proviene de la oblicuidad del orificio del útero principalmente.

Siempre que á una embarazada se le observe un tumor despues de algun esfuerzo ó caida, en las íngles, en el empeyne ó en el vientre, y que éste vá creciendo como lo hace la matriz, se sospechará que es una hernia de esta víscera con la criatura: los movimientos de ésta, y el tacto quitarán la duda. Estas hernias se han de procurar reducir luego que se conozcan, porque á mas de que es mas facil la reduccion cuando son pequeñas, es contingente que dejándolas, contraigan adherencias que imposibiliten la operacion.

Habiendo situado á la paciente acostada de espaldas con el vientre un poco doblado, y los muslos en una media flexion, se cogerá la hernia, con una mano, y el índice y polex de la otra se aplicarán á los lados de la abertura por donde ha salido la matriz, y se procederá en todo como en la operacion de la Taxis.

Antes de tentar la reduccion se disminuirá la tension, y aflojarán los bordes de la abertura aplicando en su circunferencia las cataplasmas ó los fomentos emolientes; evacuando los intestinos por medio de las enemas, y sangrando á la paciente segun sus fuerzas.

Logrando la reduccion se mantendrá á la muger acostada sobre el lado opuesto, ú de espaldas si la hernia era por el ombligo, y despues de algunos dias se le aplicará un braguero apropiado, y se levantará.

Si absolutamente no se ha podido reducir ó no han hecho caso hasta que llega la hora del parto, se ten-

tará, no obstante, hacer la reduccion y situar la muger de modo que el peso de la matriz contribuya al mismo fin. Ruischîo refiere de una que despues de haber padecido un absceso en la íngle, la matriz ocupada salió por la abertura bajando hasta la rodilla, en cuyo estado la cogió el parto. La comadre que la asistió redujo como pudo la matriz, y la naturaleza terminó felizmente el parto.

Cuando la abertura por donde sale la matriz está alta, suele la naturaleza terminar bien el parto porque no sale toda fuera del vientre, y el orificio está menos oblicuo que cuando la hernia es inguinal ó crural.

No pudiendo verificarse la reduccion, sea por la causa que fuere, se pasará á hacer la estraccion como en los casos de oblicuidad, y no se hará la operacion cesárea, como hizo Sennerto y Lauverjat quiere que se haga, si las demás circunstancias no la indican.

No he tenido ningun caso de estos; pero creo que no será mas dificil sacar la criatura contenida en la matriz que ha salido por la íngle, y bajado sobre el muslo, que sacarla cuando, aunque dentro del abdómen, la matriz descansa en los muslos, y el orificio se halla casi directamente hácia arriba, como estaba en una señora que habia parido muchas veces, á quien despues de algunos dias que estaba de parto, dirigida por la comadre que la habia asistido en otros, no se le tocaba tumor en la vagina, y la parte superior de ésta formaba un ángulo que abrazaba los púbis. Para encontrar los pies de la criatura fué necesario doblar el ante brazo sobre los púbis, de modo que con los dedos tocaba los muslos. No obstante la criatura salió tirando por los pies, y la madre no tuvo la menor resulta (1).

Despues de estraer el feto, se procurará reducir la matriz, lo cual será facil si no hay adherencias con

(1) Véase la observacion 13 de Perfect, y la 15 del num. 2 col. 34 de Smellie.

el saco, como es de creer si ella no se contrae y reduce casi por sí: para este fin se mandará acostar á la parida del lado opuesto al de la hernia, ú de espaldas si la hernia estaba en la parte anterior del vientre. Estas mugeres deben guardar mas tiempo la cama, y no levantarse sin un braguero apropiado.

Las que padecen un descenso de la matriz, aunque no es imposible el que conciban y lleguen á parir de todo tiempo, las mas veces abortan, sino llevan un buen pesario cuando menos, hasta que la matriz pasa al abdómen, y aun en este caso les conviene tenerlo puesto para que esta víscera no caiga en la pelvis, ó salga por la vulva con la criatura, como ya se ha verificado sin que por eso se siguiera el aborto.

Todas las veces que la matriz baje de su sitio natural se ha de procurar reponerla y mantenerla donde debe hallarse naturalmente, con la situacion y el pesario, ayudando á fortificarla con los tónicos, porque siempre supone una laxitud parcial, cuando menos. Si la reduccion no se consigue, porque habiéndola descuidado, el volúmen es estraordinario, y la parte se halla dura ó inflamada, se mantendrá con un buen suspensorio que la sostenga y no la deje pesar sobre las partes que le son continuas. Casi es indispensable que la muger no deje la cama, y cuando mas podrá permitirsele que se levante para sentarse en una silla con el asiento ancho y blando. Los paños que se apliquen sobre la parte deben ser finos y suaves, y alguna otra vez convendrá lavarla con un simple cocimiento emoliente tibio.

Si con estas precauciones, y la de ponerle una canaleja que impida el que la orina se derrame sobre la matriz, ó sacándola diariamente con la sonda se consigue el que el feto se conserve hasta el tiempo natural del parto, se preparará de antemano el orificio del útero para que ceda sin dificultad, y cuando se sienta que viene el dolor se suspenderá con las dos manos la matriz, dejando libre el orificio para que se vaya dilatando por sí, hasta que salga la criatura.

Cuando la naturaleza se tarda en dilatar el orificio del útero, le ayudará el arte sin hacer violencia, y en estándolo suficientemente se hará la estraccion, encargando á un ayudante que mantenga la matriz conforme se vá tirando de la criatura. Para la estraccion de la placenta se observarán las reglas dadas en el parto natural.

Luego que ha salido la placenta se reducirá la matriz, y se impedirá que salga de la vulva aplicando á lo largo de los lábios, dos compresas ó almohadillas en forma de un braguero doble. Despues que hayan cesado los lochîos se fortificará la vagina, y la matriz con los sahumerios aromáticos, y con las inyecciones, y se le pondrá un pesario.

Estos casos no son tan frecuentes como el descenso de la matriz, durante el parto en las que tienen la pelvis mas capaz que la bien conformada, el orificio del útero no cede, y los dolores son vivos y fuertes, como ya se ha insinuado. Por esta razon en conociendo que la pelvis es grande, no se ha de consentir que la muger esfuerce los dolores hasta que el orificio espresado se haya dilatado, y la cabeza del feto haya pasado en parte por él.

Si el orificio tarda en dilatarse, y el tumor que forma el útero en la vagina se aumenta y baja, se sostendrá con los dedos hasta que se dilate y penetre por él la parte que se presenta, siendo de las que se puede cometer el parto á la naturaleza, pues si no, se hará la estraccion.

Con estas precauciones se precave el descenso; pero si por no haber llegado en tiempo de precaverlo, se encuentra ya la matriz en la escavacion de la pelvis ó fuera de la vulva, se procurará reponerla en el intermedio del dolor, y contenerla mientras éste dura.

Como en estos casos la cabeza viene siempre delante, es casi imposible empujarla y reducir la matriz al abdómen para poder introducir la mano, y terminar el parto por los pies. En dos casos de esta naturaleza que se me han presentado he procedido del mo-

do siguiente. Despues de haber lubrificado con el cocimiento de malvas la parte del útero que con la cabeza del feto estaba fuera de la vulva, la he introducido en la escavacion de la pelvis como cuando comienza á salir por el estrecho inferior, manteniéndola en esta posicion hasta que vino el dolor, entónces metiendo dos dedos de cada mano por entre la cabeza, y el orificio del útero, mantuve éste contra las tuberosidades de los ischîos sin dejarlo bajar. De este modo á los dos ó tres dolores se terminó el parto, y concluido se redujo la matriz, y entrambas mugeres siguieron sin novedad, y sin que las matrices bajáran despues.

Me parece mas facil contener la matriz volviéndola á la pelvis, que dejar salir el feto estando fuera: no obstante si hay dificultad para introducirla, se podrá terminar el parto manteniendo el orificio abierto y suspendida la matriz; y si él está cerrado ó calloso se dilatará estando fuera, que se vé lo que se hace.

De cualquier modo que se haya terminado el parto se hará la reduccion de la matriz, y se observará la paciente con todo cuidado porque es muy contingente que se inflame, especialmente si ha estado mucho tiempo de fuera, si se han hecho tentativas inútiles para reducirla antes del parto, y el orificio se ha violentado para que se dilate, y finalmente si se ha dilatado con el instrumento cortante.

De la inercia de la matriz.

Es constante que si la matriz no se contrae no espelerá el feto, y aun cuando su peso lo determine á salir, y las partes no lo estorven, la hemorragia consecutiva puede hacer perecer á la muger.

La matriz pierde su energía y accion por todas las causas que producen una debilidad general, como las hemorragias, los cursos continuados, el esceso de la venus, la miseria, y las enfermedades, ó por las que la debilitan particularmente, como la demasiada distension

por ser muchas las aguas, por contener muchos fetos, ó uno muy grueso. Los dolores continuados inútilmente mucho tiempo, ó un dolor muy fuerte, pueden tambien hacer á la matriz caer en inercia.

Para que la matriz recobre su fuerza perdida por depauperacion general es menester mucho tiempo, lo cual no sucede con las pobres que les coge el parto tal vez sin haber tomado alimento en todo un dia. He visto de estas pobres llegar á los hospitales sin fuerzas para pasar de la entrada; pero que puestas en la cama las recobraron y parieron bien despues de alimentarlas el tiempo que tardaron en parir.

La falta de fuerzas antecedente al parto no pide mas medicamentos que el régimen nutritivo, y éste se ha de arreglar á la costumbre y género de vida de la paciente, pues la cantidad que será escasa para una labradora, puede ser muy abundante para una señora delicada. Si las fuerzas perdidas no se han recobrado cuando llega el parto, se procurará animar á la parturiente con los tónicos y cordiales, no empeñarla á que esfuerce los dolores, ni situarla para el parto hasta que el orificio del útero se halle suficientemente dilatado, y el feto bien situado. Las membranas se romperán con alguna anticipacion, porque derramándose las aguas, la matriz podrá contraerse mejor.

La poca fuerza, la corta duracion, y la retardacion de los dolores servirán de guia para conocer el estado de la matriz, y si se ha de aumentar la dósis de los cordiales para escitar su contraccion; pues cuando la naturaleza empieza á manifestarse capaz de obrar, solo hay que mantenerla en el mismo estado; pero cuando por sí nada hace, se le ayudará con las frotaciones sobre la parte, y las pociones referidas.

Finalmente, si evacuadas las aguas y dilatado el orificio del útero no se adelanta el parto, se pasará á hacer la estraccion conforme la situacion en que se presenta el feto. La estraccion se hará graduadamente, y aun cuando la naturaleza haga la espulsion, se retardará mientras el feto no tenga riesgo de pere-

cer. Tampoco se tirará del cordon, ni se hará diligencia alguna para sacar la placenta hasta que la matriz dé señales de haberse contraido.

Estas pausas se dirigen á precaver la hemorragia consecutiva, la cual ha quitado la vida á muchas de estas débiles despues de haber parido felizmente, las cuales probablemente se hubieran salvado, si en lugar del afan importuno que tienen las comadres por desocupar la matriz procedieran lentamente. Es menester no dejarse llevar del influjo de los interesados y clamores de las parturientes, que lo hacen creyendo que en la prontitud consiste la felicidad, pues seguramente no lo harían si conocieran que al gozo de ver fuera la criatura, se seguiría el pesar de la muerte de la madre.

Esta regla se observará en todos los casos de inercia de la matriz, y por ella tampoco se procurará la estraccion ó espulsion de un segundo feto inmediatamente despues de la del primero.

Cuando se teme que el volúmen de la matriz escesivo, sin que provenga de una hidropesía fuera de ella, es causa de que los dolores sean lentos, se procurará estimular á la matriz con las frotaciones sobre el vientre, y se romperán con tiempo las membranas para que saliendo las aguas se disminuya la distension, y la matriz pueda contraerse mejor. Nunca se acelerará el parto si la hemorragia, la convulsion ó la apoplegía de la paciente no instan para sacarla de estos apuros, y aun en estos casos se procederá con arreglo á las precauciones insinuadas.

La debilidad secundaria, esto es, la que sobreviene despues de estar mucho tiempo de parto ó de un dolor fuerte, es mas temible. La cesacion repentina de los dolores despues de uno fuerte ó de muchos continuados, y la falta de sensibilidad en la matriz darán á conocer su inercia. Esto puede suceder antes que el feto haya entrado en la pelvis, ó hallándose ya en su escavacion.

Luego que se conozca este accidente antes que el feto entre en la pelvis, se dejará descansar á la pa-

ciente, se le dará un buen caldo con algun vino ú otro cordial, se romperán las membranas si no están rotas, y se quitará de la situacion en que estaba. Despues de algun tiempo se probará si ha recobrado alguna fuerza y sensibilidad introduciendo un dedo por la vagina, y estimulando con él la parte de matriz que toca, y frotando algo mas fuerte sobre el vientre. Si con estos medios se suscitan dolores, aunque sean lentos, se repetirá el cordial, y continuará el descanso hasta que los dolores sean espulsivos, y entonces se pondrá en situacion de parir. Hasta aquí se supone que las circunstancias no exigen otra maniobra, porque puede suceder muy bien que haya dureza en el cuello del útero, la cual debe dilatarse antes de poner á la paciente otra vez para parir, y lo mismo deberá entenderse si hay otro vicio que pida particular atencion.

Cuando despues de un par de horas la matriz no dá señales de recobrarse, es necesario pensar en la estraccion, y pasar á egecutarla segun la presentacion del feto.

La inercia que sobreviene despues de un dolor fuerte puede confundirse con la rotura de la matriz, y no es facil distinguirlas en el acto mismo; pero despues de tocar con el dedo se conoce que la falta de dolores proviene de la rotura en la sensibilidad que conserva la matriz, la cual no hay en la inercia.

Sobreviniendo la inercia cuando la cabeza ha entrado en la escavacion de la pelvis, se ayuda á la espulsion con la palanca y la mano estando en los dos tercios inferiores, y se hará la estraccion con el forceps si está en el tercio superior ó encallada enteramente. La mano y la palanca á mas de la fuerza propia pueden servir como un estimulante particular para que la matriz se contraiga, y por poco que ella obre es posible no tener que llegar á la aplicacion del forceps.

Como el mayor riesgo de la inercia de la matriz es la hemorragia consecutiva, se procurará precaverla con los tópicos, y no dar á la parida los medicamen-

tos que aumentan la accion de los vasos, como hacen los cordiales y estimulantes.

De la inflamacion de la matriz.

La matriz puede inflamarse por la irritacion que le causa un cuerpo estraño, como en los golpes y caidas, ó por la irritacion del feto detenido mucho tiempo dentro de su cavidad sin poder arrojarlo por cualquiera causa que sea. En el primer caso la inflamacion es causa de que sobrevenga el parto, y en el segundo la demora del parto causa la inflamacion.

El dolor fijo en la parte, la calentura con escalofrios, el aumento de calor, la inquietud de la paciente, la grande sed, la sequedad y color obscuro de la lengua, la dureza y pequeñez del pulso, las naúseas y la suspension de los dolores del parto apenas comienza cada uno, anuncia la inflamacion de la matriz despues de un golpe ó caida: á esto se agrega el que las arrugas de la vagina, y la superficie interna de los lábios están coloradas é hinchadas cuando la inflamacion proviene de la compresion que hace la cabeza del feto detenida en el estrecho superior.

Luego que se perciban estos síntomas es menester no perder tiempo en procurar calmarlos con las sangrías proporcionadas á las fuerzas de la paciente, con las bebidas diluentes y atemperantes, y con los tópicos emolientes en forma de vapores, de fomentaciones y baños reiterados.

Cuando con estos medios no se logra resolver ó disminuir considerablemente la inflamacion, es menester terminar pronto el parto con la mano ó con los instrumentos, segun las circunstancias, para precaver una gangrena que haga perecer al feto y á la madre, como sucede comunmente en descuidándose, y muchas veces aunque se practiquen con tiempo los medios espresados.

De la gangrena de la matriz.

La gangrena es la terminacion mas frecuente de las inflamaciones de la matriz. El olor cadaveroso de los fluidos que salen por la vulva, la falta del dolor en la matriz, los dolores en las partes vecinas, el hipo, la gran frecuencia de pulso, el aturdimiento de cabeza, el color y aspecto cadavérico, manifiestan la gangrena de esta víscera; la cual conocida se pasará inmediatamente á estraer el feto, volviéndolo y sacándolo por los pies, ó con el forceps si está ya dentro de la pelvis.

Aunque hay poco que esperar en estos casos, se procurará no obstante confortar á la paciente con el uso de la quina, asociándole algo de alcanfor, y al mismo tiempo inyectando en la matriz el cocimiento de quina con vino y alcanfor, cuantas veces sea posible.

De la rotura de la matriz.

Los esfuerzos inútiles de la matriz pueden causar su rotura durante el parto en la parte mas débil, ó en la que los recibe directamente. Las caidas, los golpes con cuerpos obtusos, agudos ó punzantes pueden romper la matriz de una embarazada. La mano introducida con violencia para volver el feto y las partes de éste, frotando las paredes de la matriz han solido tambien romperla. El feto conveliéndose con mucha fuerza ha roto la matriz con los pies, y aun con las manos. Camper en las notas á la traduccion de Mauriceau refiere un caso de la última especie; pero la matriz, dice, tenia el fondo tan delgado como una hoja de papel.

Las roturas de la matriz pueden ser en la parte que corresponde á la vagina, ó en la que mira al abdómen. Las últimas hacen al parto trabajoso por la hemorragia y por la estravasacion del feto; y las primeras solamente por la hemorragia.

Cuando la pelvis es algo estrecha, los dolores son fuertes, y si el orificio del útero no está bien situado, suele rasgarse si resiste á su dilatacion. Esta rasgadura se conoce en el dolor estraordinario que sienten las mugeres, cuya comun espresion es decir, *ay que me arrancan las entrañas*. Á este grito se sigue la hemorragia si la cabeza del feto no entra inmediatamente en la rotura, y hace el oficio de tapon, que es lo mas comun. En este caso nada hay que hacer sino dejar obrar la naturaleza, y observar los progresos del parto para proceder conforme lo exijan las demás circunstancias.

Si viene hemorragia se procurará detenerla, y en lo demás se deja obrar la naturaleza.

Á mas de tener la muger la pelvis estrecha, puede estar el orificio del útero unido, duro ó inclinado de modo que por mas resistente ó mal situado, no pudiendo los esfuerzos naturales vencer su resistencia, rompan la parte del útero que corresponde á la vagina. Esta rotura se conocerá por las mismas señales que la de los borbes del orificio.

Si la cabeza del feto ha entrado en la rotura, el caso es el mismo que el antecedente; pero si la rotura no es capaz de recibir la cabeza, se dilatará hácia el lado del orificio del útero. Comprehendiendo así el orificio en la dilatacion, se formará una abertura por donde el feto podrá pasar sin dificultad. En lo demás se procederá segun las ocurrencias.

Las roturas de la matriz en la parte que corresponde al abdómen, se conocerán por el dolor escesivo que sentirá la paciente, por el ruido que algunas veces se percibe al rasgarse; porque los dolores cesan comunmente, y si por la rotura ha pasado al abdómen todo el feto ó alguna parte, se percibirá el tumor en la cavidad espresada, y la disminucion de volúmen en la matriz: finalmente, si se puede introducir la mano en la matriz, se reconocerá la magnitud y el parage de la rotura.

Siempre que la parte del feto que ha salido por la

rotura sea una de las estremidades, ó las dos inferiores, aun se puede esperar que la naturaleza termine el parto si el orificio del útero cede y no hay alguna deformidad, porque la parte que se halla entre la rotura detiene la hemorragia que debía sobrevenir.

Á un compañero le sucedió que fué llamado para curar á una negra, que de resultas de una caida estando en dias de parir, le sobrevino un tumor duro y bien sobresaliente en un lado del vientre. Para reconocer la naturaleza de este tumor le hizo una pequeña abertura, por la cual se presentó el pie de una criatura: él procuró dejar á la paciente por no poder estar mas tiempo fuera de su destino. Á los nueve dias que pudo volver á donde estaba la negra, encontró que habia parido por la via natural, que las aberturas se habian cicatrizado, y que estaba trabajando como si tal cosa hubiera tenido.

Yo no diré que se hagan aberturas para reponer y reconocer si alguna parte del feto es la que forma el tumor, porque para entrambas cosas son inútiles, y pueden ser perjudiciales; pues reponiendo la parte que ha salido por la rotura, es casi cierta una hemorragia funesta si la naturaleza no termina pronto el parto. Yo pienso que en estos casos será mas acertado disponer la via natural para el parto, y en estando el orificio del útero suficientemente dilatado, poner la muger para parir si tiene dolores y el feto se presenta bien, y faltando lo uno ó lo otro terminar el parto buscando los pies. Esta maniobra será fácil cuando los pies no han salido de la matriz, dificil estando el feto en el abdómen; y aun mas si las estremidades inferiores son las que se hallan solamente fuera de la matriz.

Algunos quieren que cuando el feto ha pasado al abdómen se haga precisamente la abertura de las partes continentes para sacarlo, teniendo en este caso la operacion cesárea por menos arriesgada que cuando se han de abrir la matriz, los músculos y tegumentos. Yo pienso todo lo contrario, porque la rasgadura

de la matriz es de mayor riesgo que la incision que se haga con el instrumento. Mas, la rotura de la matriz puede haber causado derramamiento de sangre en la cavidad, lo cual no es tan contingente cuando el arte hace la operacion completa hasta haberla terminado; y á lo mismo está espuesta la paciente cuando se dilaten solo las partes continentes.

Estas razones me determinan á aconsejar el no dilatar los músculos y tegumentos sino cuando el feto ha mucho tiempo que se halla en el abdómen, y la matriz hallándose vacía, se ha contraido y estrechado la abertura; cuando el feto no se ha podido estraer por la via natural, ó hay hemorragia, ya sea por la vagina, ya en la cavidad.

La maniobra de sacar el feto que ha pasado al abdómen por la abertura que hizo en la matriz, no es tan dificil por sí como por el riesgo de invertir la víscera referida, ó traer con el feto el omento ó los intestinos, ya se hallen dentro de la matriz, ó entre las partes del feto.

Para evitar en lo posible estos graves inconvenientes, antes de meter la mano por la rotura, se repondrán las partes que se hallen dentro de la matriz, y se procurará reconocer bien si el feto trae entre las piernas alguna porcion de intestino ú omento, y no tirar hasta sacarlos del sitio donde se hallan.

La inversion de la matriz, y tal vez su procidencia hasta fuera de la vulva es irremediable cuando la rotura es en el fondo y estrecha; pero hay menos que temer de la espresada inversion, si con solo ella se puede terminar el parto, que de la operacion cesárea.

Logrando por este medio sacar el feto, se irá á estraer la placenta sirviendo de guia el cordon. Al mismo tiempo se repondrá y volverá la matriz á su lugar. Repuesta se mantendrá la mano dentro hasta que la contraccion del orificio comience á comprimir la muñeca.

La contraccion de la matriz disminuye la rotura, y precave la hemorragia. Se tendrá presente que algun

intestino, ó el omento pueden pasar á la matriz antes que ésta se contraiga, y comprimirlos despues hasta estrangularlos; esto es, producir una hernia estrangulada. Observándose pues los vómitos, el dolor fijo en la parte, que ésta no ha disminuido de volúmen como cuando queda vacía despues del parto, se procurará dar á la paciente la situacion mas propia para que la hernia se reduzca, bañarla el medio cuerpo, darle vapores por la vagina, ó hacerle inyecciones en la matriz para que se afloje y se reduzca la hernia, y si no se consigue se intentará introducir la mano para reducirla.

Cuando solo han salido las piernas por la rotura, se procurará atraerlas doblando el feto sobre el vientre, y en descubriendo las corvas, por éstas se tirará hasta que los pies entren en la matriz, y entónces se terminará por ellos el parto.

En estos casos es menester advertir á la paciente el riesgo y la necesidad de prepararse para morir, y de sujetarse á unas maniobras muy dolorosas, y que no tienen mas que una probabilidad de poder con ellas conservar la vida. Con semejante pronóstico, y con el acuerdo y asistencia de algunos compañeros, quedará á todos la satisfaccion de haber hecho cuanto estaba de su parte.

No tengo esperiencia propia de lances tan apurados, y así propongo lo que me parece haría si se me presentasen, con el fin de que si se le ofrecen á alguno lo egecute, si le parece fundado, y haga público el resultado, y si no le parece conforme á la razon, esponga la que le asista en contra, para precaver los males que podrían ocasionarse.

NOTA.

Despues de tener impresa la primera parte de esta obra, se remitió al Real Colegio de San Cárlos una observacion, en que una muger en dias de parir cayó bajando una escalera de mano, y dió con el vientre

contra el ángulo de una mesa, lo cual le hizo una herida por donde salió una mano de la criatura. El cirujano la repuso en la matriz, hizo la gastroráfia, y á los ocho dias parió por la via natural, y siguió bien hasta curarse completamente.

Este caso y el antecedente prueban la posibilidad de poderse efectuar el parto por la via natural aun rota la matriz; y así parece lo mas acertado poner en práctica los medios de promover el parto, y si no se consigue pronto, concluir la operacion cesárea; por cuya contingencia no se debe reponer la parte que se halla entre la abertura de la rotura, ni procurar reunir la herida esterior.

Vicios de las partes contiguas á la matriz y á la vagina que hacen el parto trabajoso.

El intestino recto, la vegiga de la orina, la postrata, el tegido reticular, y los ovarios son las partes, cuyas indisposiciones hacen mas comunmente el parto trabajoso.

Del intestino recto.

Los escrementos detenidos y endurecidos en el intestino recto por su volúmen pueden estorbar la salida del feto por la pelvis, y aun cuando ésta sea tan capaz que deje pasar la cabeza empujada con fuerza, al paso comprimiendo los escrementos contra el sacro, puede contundir la vagina ó el intestino, y causar su inflamacion y terminaciones.

Por lo comun el intestino recto se descarga de los escrementos luego que la cabeza del feto comienza á entrar en la escavacion de la pelvis; pero si la muger no ha obrado cuando se vaya á situar para el parto convendrá echarle una ó mas lavativas emolientes, hasta que obre. Hay algunas de temperamento melancólico que ni con las lavativas se les puede hacer desahogar el intestino recto. He visto una que solo con

los dedos se sacaba el escremento en forma y color de una castaña gruesa; pero tan duro que espuesto á la lluvia de todo un invierno no se deshizo.

Las fístulas del ano ciegas internas, en cuyo fondo se juntan libras de pús, esponen mucho á la paciente si esta coleccion no se desahoga antes del parto. He tratado dos que arrojaban una especie de un pús bueno cada dos ó tres dias. Á fuerza de observacion llegaron á conocer la situacion mas propia para arrojarlo, y así no era necesario incomodarlas para evacuarlo.

La procidencia del ano retarda tambien el parto, y es necesario encargar á la muger que tenga este accidente no esfuerce los dolores mientras el intestino está fuera; procurar reducirlo luego que pase un dolor, y mantenerlo en su lugar con la mano apoyada por defuera hasta que se concluya el parto.

De la vegiga de la orina.

Es muy factible que la vegiga de la orina se rompa estando llena en la hora del parto. La frecuencia con que orinan las parturientes nos manifiesta cuanto importa tener la vegiga vacía en esta hora, y cuando la muger por alguna indisposicion no puede orinar se le sacará la orina con la sonda una ó mas veces, segun se detenga el parto.

Las piedras de la vegiga, si no son muy pequeñas, lisas y llanas, y la pelvis muy capaz, espone á la parturiente á una contusion de la vagina y de la vegiga, no sacándolas antes del parto. La operacion convendrá hacerla con anticipacion para que se cicatrice la úlcera cuando llegue el parto, y aun en el tiempo mismo se debe preferir á dejarla. Si la piedra se halla en el bajo fondo, como sucede comunmente, se ha de hacer la operacion por el aparato lateral; pero si se halla en el fondo de modo que se toque sobre los púbis, se hará por el alto aparato.

Cuando la muger no quiera consentir la operacion,

el único medio de precaver en algun modo la contusion, será hallándose en el bajo fondo ó cuello, meter dos dedos, y situarlos á los lados de la piedra hasta que salga el feto. Esta maniobra es inútil cuando la piedra sobresale entre los dedos, ó la pelvis es tan estrecha, que el volúmen de los dedos y de la piedra no dejan pasar un feto regular.

Cuando la piedra esté en el fondo de la vegiga se procurará defenderla con la mano, aplicada entre ella y la matriz esteriormente.

Las piedras detenidas en la uretra deben sacarse igualmente, y cuando no lo consienta la paciente, se precaverá la contusion en lo posible como si la piedra estuviera en el cuello de la vegiga.

De la hinchazon de las almorranas, y de los vasos del tegido reticular.

En los partos lentos por detenerse la cabeza del feto en el estrecho superior ó en la escavacion de la pelvis, se suelen hinchar estraordinariamente los vasos hemorroidales, y los del tegido reticular: esto hace el parto mas tardo, mas doloroso, y espone la paciente á la inflamacion, y á la rotura de los vasos distendidos. Para evitar estos accidentes se deben desahogar los vasos hinchados si están al esterior, ó los inmediatos. La picadura con la punta de una lanceta, ó las sanguijuelas son los medios que pueden satisfacer esta indicacion, y la paciente determinará lo que mas le acomode; pues dejándolo á la eleccion de quien le asiste se preferirá como mas pronto, y seguro la picadura con la lanceta.

De la hinchazon de la postrata.

El tacto reconocerá cuando está hinchada esta glándula, y si su volúmen estorbará para el parto. En este caso ya que no se puede estirpar, se procurará ablandar con los baños, los vapores, y las cataplasmas

emolientes, y en el tiempo que la cabeza pasa por ella se precaverá el que la comprima desviándola lo posible, ó poniendo los dedos á los lados como cuando hay una piedra en la uretra, ó en el cuello de la vegiga.

De las enfermedades de los ovarios.

Los tumores escirrosos de los ovarios, los idátides, las hidropesías enkistadas, y los fetos formados y detenidos en esta parte se oponen al parto por su volúmen, y por la oblicuidad que causan al cuello del útero. Estas enfermedades no se conocen cuando comienzan, y si están adelantadas solo la hidropesía puede disminuirse cuando llegue el parto, por medio de la puncion. No obstante, cuando se toca un tumor duro sobre un ovario, se indagará con cuidado si el orificio del útero está inclinado para situar la muger, y tratarla como en tales casos. Baudelocque y Lauverjat refieren un parto en que la muger y el feto perecieron. Cada uno lo refiere como sucedido á sí; pero yo lo tengo por uno mismo (1).

De los accidentes que hacen al parto trabajoso.

Los accidentes mas frecuentes y mas terribles que hacen al parto trabajoso son la hemorragia, la convulsion, la apoplegía, los vómitos, la disentéria y el tenesmos.

De la hemorragia.

La hemorragia es la evacuacion abundante de sangre. Ella puede verificarse por la rotura de las paredes de los vasos, y por la dilatacion de sus orificios ó poros.

Las paredes de los vasos se rompen por las causas esternas que separan su continuidad; pero el escesivo

(1) Véase á Baudolocque *tom.* 2. *pág.* 240. Lauverjat nouvelle méthode &c. *pág.* 13.

volúmen del fluido que contienen, el cúal los distiende mas de lo que permiten las paredes, ó por la acrimonía del fluido espresado que los corroe.

Las causas esternas que rompen los vasos son los cuerpos duros, puntiagudos ó cortantes, y los obtusos compriméndolos contra otros, ó forzándolos á estenderse mas de lo que permite su resistencia natural.

Aumentándose la cantidad total de la sangre, ella estimúla los vasos para la contraccion, y siendo ésta proporcional á la causa que estimúla y á la fuerza de los vasos, los que sean mas fuertes arrojarán la sangre con mas fuerza hácia los que resistan menos, éstos se irán sobrecargando hasta que no pudiendo resistir se rompan ó se dilaten sus orificios para dar salida á la sangre que los distendía. De este modo la plétora general no escesiva causa una particular en los vasos de la matriz, que por hallarse ensanchados en el embarazo son menos resistentes. Esta plétora de la matriz fuerza los orificios, y hace salir por ellos la sangre. Si á esto se agrega el que el estímulo es mayor y los orificios están abiertos, la sangre continúa saliendo hasta que cesa el estímulo, los vasos se retraen, y tanto ellos como sus orificios disminuyen su cavidad.

Por esta razon sobreviene la hemorragia cuando se desprende la placenta, y es dificil contenerla mientras no se desocupa la matriz para que los vasos puedan contraerse. Esta hemorragia no se ha de confundir con la que viene despues del parto, pues en ésta los vasos no se contraen, y sus orificios se mantienen abiertos por falta de accion, y en aquella la accion aumentada por el estímulo de lo contenido, dura mientras subsiste la causa estimulante.

De esta teoría se deducen los medios con que el arte puede contribuir á detener una y otra hemorragia, que son los que disminuyen ó quitan el estímulo, en la que viene estando el feto ó sus dependencias en la matriz, y los que estimúlan y dan tono en la que viene por inercia despues del parto.

El estímulo se disminuirá quitando parte del cuerpo que estimúla, ó disminuyendo la sensibilidad de la parte en que se recibe, ó del todo; y se quitará enteramente desocupando la matriz, lo cual no se consigue siempre de un mismo modo, por lo que se han de distinguir y tratar con alguna separacion las hemorragias que acompañan al parto, y que obligan á terminarlo por el arte.

La hemorragia por sí nada estorva para el parto; pero la debilidad que á ella se sigue, y la muerte de la muger, si no se detiene, nos obliga á no perder tiempo en aplicar todos los medicamentos capaces de contribuir á detenerla.

Para proceder con mas claridad tratarémos primero de las hemorragias que vienen por desprendimiento de la placenta. Segundo, de las que se siguen á la rotura de la matriz y de la vagina: y últimamente de las que sobrevienen despues del parto.

De las hemorragias por desprendimiento de la placenta.

Las causas que pueden hacer desprender la placenta en el tiempo del parto de siete meses en adelante, son las mismas que hemos espuesto en las hemorragias de los abortos, pero que necesitan obrar con mayor actividad. Tampoco hay diferencia en los modos de suspender la hemorragia y de terminar el parto, ya la placenta se haya desprendido al rededor del orificio, ya de cualquiera otro punto del cuerpo ó fondo de la espresada entraña.

La prevencion particular que debe hacerse en estas hemorragias respecto de aquellas, es que el feto puede probablemente vivir, que las partes naturales blandas se hallan mas dispuestas para hacer la estraccion, que la hemorragia puede quitar la vida mas pronto á la madre; por lo que es menester no esperar tanto en tomar la resolucion. Por otra parte el feto debe ser mas abultado, la hemorragia consecutiva mas de temer; y asi habiendo estrechez en la pel-

vis podrá cometerse á la naturaleza el parto de un feto pequeño, y no el de uno de todo tiempo, y la estraccion de éste deberá hacerse mas lentamente que la de aquel para dar á la matriz mas lugar de contraerse.

De las hemorragias por la implantacion de la placenta al rededor del orificio del útero.

Estas hemorragias rara vez dan lugar á que el parto sea de todo tiempo; por lo comun son causa de terminarlo antes de los nueve meses, y solo se detienen cuando el centro de la placenta no está en el orificio del útero; por lo que luego que por las señales que se han espuesto en el capítulo de los abortos, se conozca que la hemorragia proviene de esta causa, se terminará el parto como allí se ha espuesto.

De las hemorragias por rotura de la matriz ó de la vagina.

Estas hemorragias pueden ser esternas ó internas cuando la rotura corresponde á la cavidad del abdómen. La hemorragia en que la sangre derramada sale de la vulva, se manifiesta por sí, y la interior se deduce de las señales racionales, como son la decadencia graduada del pulso, la falta de color en la cara, los desmayos repetidos, los sudores frios, los movimientos convulsivos con mayores ó menores intervalos, duracion y fuerza, y últimamente el síncope ó la convulsion. Á esto se agrega el aumento de volúmen, y el dolor en la parte donde se recibe la sangre.

No es posible detener la hemorragia que viene por rotura del cuerpo ó del fondo de la matriz ocupada por el feto, si alguna parte de éste no sirve de tapon metiéndose por ella. Por esta razon luego que se conozca la hemorragia se ha de procurar desocupar la matriz lo mas pronto que sea posible segun se ha espuesto.

Las hemorragias por rotura de las partes que no comunican con la cavidad del abdómen, se pueden suspender con los tópicos; pero como éstos pueden detener los lochîos, me parece que es mas conveniente no esperar mucho para concluir el parto, segun las demás circunstancias.

Cuando al feto ha pasado todo el abdómen la hemorragia cesa por sí teniendo la matriz fuerza para contraerse, pues estando en inercia continuará hasta que se fortifique, para lo cual será lo mejor dar salida al feto por la rotura, si es posible, y si no por medio de la operacion cesárea.

De las hemorragias por la dilatacion de los orificios de los vasos de la vagina ó de los lábios, y de las que vienen por rotura de algúno de los vasos de estas partes.

La cabeza del feto detenida en el estrecho superior ó en la escavacion de la pelvis, comprimiéndo los vasos detiene el círculo de la sangre, y aumentando su volúmen los rompe ó dilata los orificios, á que se sigue la hemorragia proporcionada al calibre de los vasos rotos, ó de la dilatacion de los orificios.

Estas hemorragias son á veces útiles en las mugeres sanguíneas y pletóricas; pero si se teme que disminuyan las fuerzas necesarias para el parto, se procurará detenerlas con los tópicos apropiados. Un dedo aplicado sobre el vaso, ó un poco de agárico ó trapo quemado es las mas veces suficiente para detener estas hemorragias, las cuales precaven la inflamacion haciendo el uso de sangrías locales.

Me parece muy propio advertir aquí que á mas de las hemorragias en que la sangre no se derrama fuera por caer en el abdómen, puede haber hemorragia en que tampoco salga sangre al esterior sin que sea por rotura de la matriz ó de la vagina.

Así sucederá cuando el feto ha sido formado fuera de la matriz, ó cuando el orificio de ésta se ha

unido despues de la concepcion (1), y cuando la placenta adherida al rededor del orificio del útero se ha desprendido una parte, quedando tapado dicho orificio.

En estos casos no se sospecha la hemorragia hasta que los desmayos, la decadencia del pulso, los dolores y el aumento de volúmen de la matriz sin otra causa manifiesta la dan á conocer: entonces si el orificio se encuentra unido, se dilatará para terminar el parto, que es el mejor medio de curar la hemorragia y precaver la rotura de la matriz.

Cuando se toca la placenta implantada al rededor del orificio, se terminará el parto rompiéndola.

Siempre que á las señales de la concepcion estra-uterina sobrevengan las de la hemorragia, creo que se debe hacer la operacion cesárea, y no dejar la paciente espuesta á que se muera, como sucede á todas las que padecen esta concepcion; pues aunque en algunas el feto se ha conservado hasta que murieron muchos años despues de otra enfermedad, y en otras la naturaleza ha franqueado camino por donde saliera, en estos casos no consta que hubiera hemorragia.

De la convulsion.

La convulsion es la contraccion espasmódica de uno ó muchos músculos. Cuando éstos se contraen y relajan alternativamente, se llaman movimientos convulsivos. Las fibras musculares son las que pueden contraerse espasmódicamente, y á su contraccion precede siempre algun estímulo particular, el cual escita la causa determinante del movimiento muscular que escíte en el sensorio comun. De aquí se sigue que el estímulo puede estar en la parte contraida ó en otra distinta; pero que no se verificará la contraccion si no hace impresion en el sensorio comun, que la ha de mandar egecutar conforme á la impresion que le causa

(1) Smellie, col. 31. caso 28. Nouvelles de la republique de lett. 1686. *pag.* 1262.

el estímulo, y á la robustez de los músculos en que se ha de celebrar.

La impresion que el estímulo hace en la parte, se propaga al sensorio comun por los nervios, y á veces subsiste aunque se quite el estímulo; no obstante, lo mas comun es no durar mas que mientras éste dura.

El estímulo es siempre proporcionado al estado de la parte que lo recibe, y su impresion en el sensorio comun corresponde á la sensibilidad de la parte, de los nervios que la transmiten, y del sensorio que la recibe. Es constante que la irritabilidad es mayor en los débiles que en los robustos, y así el estímulo que no causa una contraccion espasmódica en éstos, la causará en aquellos; pero si unos y otros llegan á ser estimulados, las contracciones de los robustos serán mas fuertes y duraderas, porque la causa estimulante aumenta sus fuerzas en el robusto con la proporcion que disminuye su disposicion para recibirlo.

Cuando la causa estimulante ha llegado á causar tal mutacion en el orígen de los nervios, que subsiste aunque no haya estímulo, ó esté interceptada la comunicacion, toda la curacion se ha de dirigir á mudar la mala disposicion del sensorio comun; pero cuando éste se halla afectado por la continuacion del estímulo, hay dos modos de precaver ó curar la convulsion, que son, quitar la causa estimulante, ó disponer al sensorio comun para que no reciba su impresion. Para lo primero es menester conocer la causa y para lo segundo son apropiados los sedantes, y los que quitan la comunicacion recíproca entre las estremidades de los nervios y su orígen.

Esto nos conduce á no fiar en los remedios específicos para curar toda suerte de convulsiones en las parturientes, pues cuando mas podrán convenir á todas los que disminuyen la disposicion del sensorio comun para recibir las impresiones; pero este recurso es insuficiente cuando subsiste la causa y se aumenta el estímulo; á mas de que muchas veces no es bas-

tante, y suele producir la insensibilidad, que es la seguida de las convulsiones. Por esto es menester luego que se observan las convulsiones en las parturientes indagar la causa y procurar aplicar el remedio que ella indíca.

Es constante que las parturientes pueden padecer las convulsiones por otras causas que las procedentes del mecanísmo del parto, y que aquellas deben tratarse de otro modo. Pero dejando para otra ocasion el tratar de la convulsion que no proviene por alguna causa de las que proceden del parto, examinemos cuales son las mas comunes, y el modo de remediarlas.

La irritacion que causa la dilatacion del orificio del útero por hallarse mas sensible que lo comun, y resistir demasiado á los esfuerzos que tiran á dilatarlo, y los reconocimientos repetidos y toscamente egecutados son las causas mas comunes de la convulsion.

La Motte refiere dos casos en que la convulsion venia de la distension de la vegiga de la orina, y así cesáron luego que desocupó esta víscera (1) Mauriceau refiere (2) otra por la irritacion del estómago.

La hemorragia causa tambien muy comunmente la convulsion por el estímulo que produce la inanicion.

Á estas causas mecánicas se pueden agregar las pasiones violentas, que es necesario precaver con todo cuidado á las parturientes, en quienes la disposicion á la contraccion es tan manifiesta, que todas padecen movimientos convulsivos y la contraccion de la matriz, de los músculos, del abdómen, del diafragma y de algunos de las estremidades, pues involuntariamente las vemos agarrarse de lo primero que encuentran, temblarles los muslos y las piernas, gritar y arrojar la orina, todo lo cual supone una especie de convulsion sucesiva y casi general, la cual debería quitarse si no se conociera que este es el modo con que la naturaleza se descarga del feto para perpetuar la especie.

(1) Obs. 364, 365. nueva edic. 215, 216 en la antigua.
(2) Obs. 453.

Los movimientos convulsivos estraordinarios son los que se han de procurar precaver cuando se conoce que amenazan, y curar cuando los hay, sentando antes el pronóstico arreglado á la dificultad de quitar la causa, y al estado en que se considera el sensorio comun.

Todos han mirado á las convulsiones en el tiempo del parto como muy peligrosas (1), y algunos las tienen por mortales cuando la paciente no vuelve á su conocimiento despues del acceso de la convulsion. Á la verdad comparando los casos de las que han muerto con los de las que se han curado, son éstos muchos menos; no obstante que de las que han muerto se puede dudar que murieron de la convulsion, y probablemente se hubieran curado muchas asistidas en tiempo, y con mas conocimiento.

Tambien es casi comun el sentir de todos los comadrones que se debe pasar inmediatamente á hacer la estraccion si la muger no vuelve pasado el acceso de convulsion. Sobre esto se pueden ver las observaciones de los autores citados (2), entre las cuales se nota no poca variedad; no obstante que las mas favorecen la estraccion, sin que por eso se asegure la vida de la madre, ni se tenga siempre por cierta la muerte del feto. He visto sacar una criatura viva detenida en la pelvis despues de estar la madre convulsa nueve horas, y no faltan otras observaciones de esta especie entre las que cito.

Para mayor claridad dividirémos con Peu las convulsiones de las parturientes en generales y particula-

(1) Mauriceau *t.* 1. *p.* 335. Portal, obs. 17, 33. Amand, obs. 76. 112. Saviard.
Dionis, *pag.* 240. Deventer.
Baudelocque, *t.* 1. *p.* 378.
La Motte, *part.* 3. *cap.* 8. nueva edic.

(2) Mauriceau, obs. 3, 36, 51, 86, 90, 156, 420, 438, 453, 582, 584. Astruc. *cap.* 3.
Leake, caso 80, 81, 82, 83. Giffard caso 52, 94, 139, 206. Perfect. caso 159, 160. Smellie, *col* 33. *n.* 3. caso, 1, 2, 3, 4. La Motte, obs. 361 á 365, que corresponden á las 113 á 117 de la edic. antigua.

res, y ambas en unas que traen su orígen principalmente de la matriz, y otras de otra parte.

Llamarémos convulsion general en la que la paciente queda sin conocimiento despues del acceso, y particular la que pasada la convulsion vuelve el conocimiento. La convulsion general supone ya vicio permanente en el sensorio comun; el cual aun no hay en la particular.

Por lo comun la convulsion general comienza por la particular, y ésta suele anunciarse antes que llegue.

La constitucion irritable, y el haber padecido espásmos durante la preñez hacen temer la convulsion por esceso de irritabilidad (1). Conocida esta causa hay menos que temer porque rara vez dejará de precaverse, ó quitarse la convulsion con el uso de los narcóticos en la parte é interiormente. Estas convulsiones duran poco, aunque se repiten con frecuencia, especialmente cuando se toca el orificio y cuello del útero; por lo que conocido su estado se escusará el reconocerlo con frecuencia, segun se ha dicho en la contraccion espasmódica de esta parte.

Esta convulsion se anuncia por una debilidad y laxitud general, pero se conserva el pulso regular; á la debilidad se siguen los movimientos estraordinarios de los ojos, la estension de los muslos y piernas, y el cerramiento involuntario de las manos. Continuando estos síntomas se pierde el conocimiento; pero todo pasa luego. Cuando llega á este estremo se ha de aumentar la dósis de los opiados, interpolados con el buen caldo y algunas gotas de vino. Si de este modo se calma la convulsion podrá cometerse el parto á la naturaleza, no habiendo union, dureza ó callosidad en el orificio del útero, pues en estos casos es necesario dilatarlo para terminar el parto, no por la convulsion como quiere Mr. Lauverjat (2), sino por la

(1) Yo convengo con Mr. Lauverjat contra Mr. Levret, quien dice que las mugeres que padecen convulsiones durante el embarazo, están seguras de tenerlas en el parto.

(2) Nouvelle méthode de practiquer l'opération césarienn. *pág.* 99.

complicacion; porque en las dos observaciones que cita podia haberse dilatado el orificio del útero con los dedos y sacar el feto sin hacer incisiones como hicieron, á menos que el orificio no estuviera duro y calloso, de lo cual no hablan.

Cuando no obstante los medios insinuados la convulsion se hace general, es necesario desahogar un poco los vasos del celebro sangrando á la paciente de las venas yugulares, echándole sanguijuelas sobre la sutura sagital ó detrás de las orejas. Luego que se hayan practicado estas evacuaciones locales se terminará el parto segun lo exijan las demás circunstancias.

Cuando las convulsiones vienen á una muger robusta, precede que se siente con algun obscurecimiento de vista, pesadez y aturdimiento de cabeza, inquietud general, ya sentándose para obrar ú orinar; que la cara se le pone encendida, el pulso duro, frecuente y no pequeño. Estos síntomas se repiten alternativamente, y si continúan paran en una convulsion, que priva á la paciente del uso de los sentidos, la pone rígida, echa espumarajos por la boca, el pulso se acelera, se obscurece, y pone desigual.

Esta escena dura poco tiempo, y se ha de procurar que no repita, y que no se fije, porque la muerte del feto y de la madre suele ser el comun paradero.

Las sangrías proporcionadas á las fuerzas de la paciente hasta quitar la plétora general y las locales, si aun subsiste la convulsion, son el modo mas pronto de remediarla, en la inteligencia de que los vasos del cráneo se desahogan tanto mas pronto cuanto la sangre se saca de las venas mas inmediatas.

En este tiempo no se olvidará el preparar el orificio del útero con los vapores, las inyecciones, las enemas y medios baños, para que si con las sangrías no cesa la convulsion se pueda hacer la estraccion del feto, si no está ya en la pelvis, pues estando se estraerá inmediatamente con el forceps ó con la palanca por-

que de este modo se puede salvar su vida, y correr menos riesgo la de su madre.

Una vez que la muger permanece sin sentido nada hay que temer de la dilatacion algo forzada del orificio del útero para introducir la mano y estraer el feto segun su situacion.

Hecha la estraccion, he visto volver algunas dentro de pocas horas; otras que han tardado muchos dias, algunas que han quedado paralíticas de un lado (1), y las mas que han muerto, por lo que todas deben hacer antes las diligencias de cristianas.

No es menos fatal la convulsion que viene al fin de las hemorragias. La naturaleza atenta á su conservacion escita estas convulsiones para hacer pasar la poca sangre que aun existe en los vasos mínimos á los mayores y continuar la circulacion; por esto luego que en fuerza de las convulsiones ha pasado alguna sangre á los vasos gruesos sobreviene una calma, la cual dura si se ha detenido la hemorragia, y se acaba pronto si ésta continúa, siguiéndose otra convulsion mas fuerte hasta que al fin sale la última gota de sangre y con ella la vida.

El modo, pues, de calmar esta convulsion es el detener la hemorragia, y dar jugos que reparen la pérdida de la sangre. Como en llegando la hemorragia á estos estremos hay ya una laxitud casi universal, se terminará el parto segun las circunstancias como el remedio mas seguro para detener la hemorragia, y curar la convulsion.

La convulsion que proviene de la distension de la vegiga por no haber orinado es facil de conocer por el tacto, y de inferir por la relacion de la muger. Para estos casos conviene ir prevenidos de la sonda ó algalia, pues si se puede introducir se cura luego la causa de la convulsion. Si por acaso no se tiene á mano este instrumento se empujará el útero hácia arriba con dos dedos metidos en la vagina para que quitan-

(1) La Motte obs. 363 nueva edic. 215 en la antigua.

do la compresion que hace en el cuello de la vegiga, salga la orina, como se verificó en los casos ya citados de La Motte.

De la apoplegía.

En los partos rara vez viene la apoplegía sin que le preceda la convulsion ó los movimientos convulsivos. La pesadéz de cabeza, la inclinacion al sueño sin que sea por haber dormido menos de lo acostumbrado, el susurro de oidos, la orina abundante y aguanosa, la torpeza general de los sentidos y movimientos, acompañados de un pulso magno y mole harán sospechar la apoplegía. Estas señales son indicantes suficientes para ordenar las sangrías, las enemas algo irritantes, alguna pocion cefálica, y una dieta ténue.

Si despues de aplicados estos medicamentos los síntomas espresados se aumentan, y llega al fin á verificarse la apoplegía, nada hay que esperar de la naturaleza, y el arte debe terminar luego el parto para salvar á la criatura, y tal vez tambien á la madre.

Al mismo tiempo se procurará desahogar pronto los vasos del celebro abriendo las dos venas yugulares á un tiempo si es posible.

Terminado el parto se practicarán los medios siguientes para curar la apoplegía si aun subsiste como las mas veces sucede. Las enemas irritantes, entre las cuales el cocimiento de ojas de tabaco, ó el humo merecen alguna preferencia. Las friegas en las piernas, y á lo largo de la espina, los estimulantes como el álkali volátil aplicados á las narices, los cáusticos ó vegigatorios aplicados á la nuca y detrás de las orejas, pueden ser de alguna utilidad; pero nunca se confiará en los remedios si la apoplegía es fuerte.

Algunos han propuesto como último recurso aplicar una corona de trépano sobre el seno longitudinal superior, y hacer una ó mas sangrías por esta parte. El desahogo no puede hacerse por otra parte mas inmediata al celebro, que es la parte que padece; pero

las observaciones que hemos oido decir se han hecho, no son suficientes para confiar en esta operacion; no obstante han probado que no es imposible detener la sangre, por cuyo medio se prohibía el aplicar el trépano sobre dicha parte, y así no hay inconveniente en practicar estas sangrías que pueden servir de algun alivio.

De los vómitos, la disentéria y el tenesmo.

Los vómitos de las embarazadas rara vez tienen consecuencias fatales, y segun algunos las que han vomitado mucho, sin que los esfuerzos de esta funcion les cause el aborto, paren mas felizmente. Por lo comun los vómitos vienen al principio del embarazo, y algunas veces al fin. La Motte (1) dice que los vómitos aunque son indicios de un parto próximo porque con sus sacudimientos disponen las membranas á romperse, si son contínuos es uno de los accidentes mas fatales en las parturientes porque no pueden tomar alimento, ni medicina para sostener las fuerzas necesarias en la hora del parto, como le sucedió á las pacientes de las observaciones 344 y 358, por lo que tuvo que terminarlos por la estraccion.

Mauriceau refiere en la observacion últimamente citada, que estos vómitos vienen de la cantidad de bilis que refluye al estómago, y del hecho se infiere que si los vómitos cesan el parto es feliz; por esto se procurará calmarlos si la paciente retiene algo en el estómago, y si no terminar el parto como lo hizo La Motte, tratando despues á la parida segun las demás circunstancias.

La disentéria y el tenesmo por sí ayudan á facilitar el parto, y las mas veces son causa de que se verifique anticipadamente (2); no obstante algunas veces en lugar de contribuir á la dilatacion del orificio

(1) *Cap.* 4. nueva edic.
(2) Mauriceau obs. 13, 332, 353, 425, 641.

del útero promueven su constriccion espasmódica, y otras producen dolores falsos interpolados con los verdaderos; de modo, que cuanto estos adelantan atrasan ó deshacen aquellos. Por tanto cuando á una embarazada le sobrevienen estos males, es necesario calmarlos con los vapores y las enemas anodinas, y los sedantes interiormente, tratando en lo demás el parto como cuando los dolores son falsos, ó el orificio del útero se halla contraido.

Cuando en fuerza de las evacuaciones y mucho padecer, la muger se halla sin fuerzas á la hora del parto, se tratará como á las débiles.

De las enfermedades antecedentes que suelen hacer el parto trabajoso.

Aunque todas las enfermedades agudas pueden venir á una embarazada, y no haber terminado cuando llegue el parto, solo espondremos algunas precauciones útiles en tales casos, ciñéndonos á tratar particularmente de las crónicas que no siendo obstáculo para la concepcion, pueden serlo para el parto, como sucede á las quebradas, á las hidrópicas, á las asmáticas, á las hemoptóicas, y á las que tienen aneurismas.

Precauciones útiles para los partos que vienen cuando la muger padece alguna enfermedad aguda y contagiosa.

Las enfermedades agudas son unas de las causas del aborto; como ya hemos insinuado; y á mas piden tambien un particular cuidado si vienen cuando la muger está de parto ó en dias de parir. Las viruelas y el sarampion comunmente son causa de que las mugeres embarazadas paran en el tiempo de la calentura que precede á la erupcion, ó á la supuracion. En este caso es necesario precaver el retroceso, y para ello se debe preferir el que la enferma pára acostada en

su cama como se ha dicho acostumbran los Ingleses.

Si por acaso hay que maniobrar, se procurará resguardarse de la infeccion, y se tendrá presente que la criatura comunmente nace inoculada, segun lo hemos visto en su Alteza la Infanta de Portugal, esposa del Señor Infante Don Gabriel, que en paz descansen.

Sobreviniendo el parto en el tiempo de un sudor crítico se tendrá la misma precaucion que en las viruelas, porque poniendo á la paciente en la situacion comun de parir se perturbaría la naturaleza en la operacion de la crísis. En estos casos lo principal es atender al estado de la enfermedad, y observar los progresos del parto, sin violentarlo. No obstante cuando hay algun tiempo que el feto está muerto, y el mal olor y color de lo que sale por la vulva denota que está podrido, se hará la estraccion, porque no pocas veces la putrefaccion del feto es causa de la enfermedad de la madre, y así pide se indague con especial cuidado si el feto está muerto y corrompido, porque sacándolo, suele cesar la enfermedad, y dejándolo, puede aumentarla.

De las quebraduras.

Las mugeres quebradas si se hacen preñadas, se les aumenta el tumor ó disminuye durante el preñado segun las circunstancias. En las hernias inguinales y crurales en que no hay adherencias, suele las mas veces disminuir el tumor conforme el útero vá subiendo al abdómen, porque tira hácia arriba de los tegumentos y de los intestinos. En las quebradas por el ombligo sucede lo contrario al principio del embarazo; pero luego que la matriz pasa del ombligo disminuyen tambien (1).

Luego que se perciba alguna hernia en una partu-

(1) La Motte obs. 443, 444 nueva edic. Smellie. trad. al franc. por Mr. Preville, *pág.* 157.

riente se procurará hacer la reduccion sin violencia, situando la paciente de modo, que la parte donde se halla la hernia esté levantada. Si se logra reducirla, se mantendrá en este estado con una mano aplicada sobre la abertura. Esta maniobra se egecutará en el intervalo de un dolor.

Cuando no se puede reducir se sostendrán las partes que se hallen fuera de la cavidad con las manos, para que con los esfuerzos del parto no salga mayor porcion. Esta precaucion es las mas veces suficiente, y no faltan observaciones de que aun sin ella han parido las que padecían esta enfermedad.

En concluyéndose el parto se reducen fácilmente estas hernias cuando no tienen adherencias.

Smellie (1) hace mencion de otra especie de hernia que, aunque rara, es mas peligrosa para las parturientes. Esta hernia es en la que los intestinos bajan por entre la vagina y el intestino recto al perinéo, sea por la relajacion ó rotura del tegido celular que une estas partes.

No tiene duda que el volúmen de la hernia debe hacer el parto pesado, y que siendo largo el intestino comprehendido en ella puede padecer una estrangulacion, y sus resultas; por lo que se ha de procurar la reduccion antes que la cabeza del feto entre en la escavacion.

Este autor dice que para hacer la reduccion se dilatará graduadamente el orificio de la matriz, y con una mano introducida en la vagina, y la otra sobre el perinéo se irán empujando los intestinos, y cuando de este modo no se consiga reducir el intestino, se hará la estraccion por los pies. Yo hallo esta última regla superflua cuando la pelvis es algo mayor que la regular, ó la cabeza del feto mas pequeña, porque con estas circunstancias el parto puede ser pronto, que es la única ventaja que tiene la estraccion.

(1) Id. Collec. 11 n. 2 caso 5, 6 y 7 son de hernias de esta especie.

De las hidropesías.

No es raro el que las mugeres con una hidropesía enkistada conciban, y paran bien cuando el agua está igualmente ocupando la cavidad del abdómen, pues cuando se halla en un lado suele causar la oblicuidad de la matriz, como se ha dicho en las enfermedades de los ovarios.

La hidropesía puede dificultar el parto, porque la gran distension del vientre le impide á la muger el respirar, y solo en este estremo se debe hacer la puncion, teniendo presente que estando la paciente embarazada, la punta del trocar puede tocar al útero si se introduce mucho la cánula. Jacobs no quiere que se haga la puncion en ningun caso por evitar este inconveniente (1); pero Smellie solo encarga el que se haga con cuidado (2). Tampoco se cuidará con empeño evacuar toda el agua; porque á mas de que el útero no permite hacer las compresiones necesarias, los tegumentos no pueden rehacerse tan facilmente de la distension que les han causado el agua y la matriz ocupada.

Antes de hacer la puncion es menester asegurarse de que el agua no está dentro de la matriz (3) lo cual se conocerá por la profundidad en que se siente.

Á La Motte le parece que solo es necesario hacer capítulo de la hidropesía en las parturientes, para advertir á los cirujanos que no se sorprendan al ver un vientre tan abultado, pues no ha visto partos mas felices que estos, aunque él desconfiaba mucho por el mal estado de las pacientes.

Smellie tiene por mas frecuente y peor la hidropesía general; pero yo no puedo concebir por qué esta enfermedad causa la rotura de la matriz en el tiem-

(1) Ecole Pratique. Secc. 4 *fol.* 233.
(2) Secc, 3 *pág.* 160.
(5) La Motte, obs. 340. 341. nueva edic.

po del parto, como espresa sucede muchas veces, que es el accidente terrible que dice se ha de procurar evitar curando la hidropesía antes del parto.

Del asma.

El pulmon ocupado por el humor que causa el asma húmeda, y costreñido por la convulsion en la seca, no permite hacer una inspiracion grande, y detenerla como se necesita para esforzar los dolores, y ayudar á la prontitud y felicidad del parto; por consiguiente los partos de las asmáticas han de ser cuando menos pesados. He visto mugeres asmáticas que despues de esperar inútilmente tres ó cuatro dias el término del parto, me fué preciso terminarlo volviendo el feto, y sacándolo por los pies, lo cual conseguí sin dificultad porque el orificio del útero estaba suficientemente dilatado, y esta víscera contraida muy poco sobre el feto, aunque se habian derramado las aguas.

Estos casos prueban que la dificultad del parto no proviene siempre de la resistencia que ofrecen las partes por donde ha de salir el feto, especialmente por la falta de dilatacion del orificio del útero, como tenazmente defienden algunos profesores del dia.

De la emotipsis.

Toda evacuacion de sangre que debilita se ha de procurar detener aun cuando se haga por las vias por donde la naturaleza evacua saludablemente alguna cantidad de este fluido. Estas evacuaciones se curan con tanta mas dificultad cuantas mas veces se repiten, y así disminuyendo los motivos de su repeticion se dá lugar á la curacion.

La preñez determina el círculo de la sangre hácia las partes superiores al útero, por cuya razon están mas espuestas las embarazadas á echar sangre por la boca ó por las narices, y mucho mas si antes del embarazo la echaban, sin que fuera menstrual, pues en

este caso cesa la efusion de sangre, como cesa comunmente la menstruacion desde el principio de la preñez.

Si al aumento de la circulacion hácia los pulmones que se sigue al embarazo, se agrega la detencion de la sangre en las venas pulmonares, como debe suceder deteniendo el ayre inspirado para esforzar los dolores del parto, los orificios de los vasos se dilatarán ó se romperán con doble motivo, y se repetirá la emotipsis ó la hemorragia de narices (1); luego el modo de precaverla será que la muger no esfuerce los dolores, y contemporizar el parto no habiendo otra causa que obligue á terminarlo pronto.

Si no obstante sobreviene la emotipsis, se tratará interiormente á la paciente como cuando hay una hemorragia uterina, teniendo presente la diferencia siguiente que es digna de notarse. En la hemorragia uterina los tópicos pueden ayudar á detenerla, lo cual no tiene lugar en la emotipsis, y solo se puede esperar que un vegigatorio aplicado sobre la parte del pulmon que se considera viciada pueda hacer algun buen efecto. En la hemorragia uterina la inercia puede continuarla sacando pronto el feto, y la emotipsis suele cesar luego que se hace la estraccion del feto. Por esto parece que no se debe retardar tanto el terminar el parto en la emotipsis como en la hemorragia uterina cuando se teme que la matriz padece inercia.

De las aneurismas.

Entre las causas de la rotura de las aneurismas pueden contarse los esfuerzos del parto, por lo que se procurará que las mugeres con aneurismas en cualquiera parte (2) dejen obrar la naturaleza, y no esfuercen los dolores: y aun yo adelantaré que si los dolores son fuertes y hay el menor indicio de pléto-

(1) Véase la observacion 42 de La Motte, nueva edic.

(2) Es raro el que las mugeres padezcan aneurismas en los estremos; pero son frecuentes en la subclavia, y en las carótidas, y á éstas suele dar principio un parto.

ra, se sangren y se calmen los espresados dolores.

Si la aneurisma está donde se puede comprimir, como en alguno de los estremos, se sostendrá con las manos durante el dolor, y no se permitirá que haga esfuerzos con aquel estremo.

De algunos estados de la muger que sin ser enfermedad necesitan de alguna particular atencion en el parto.

La constitucion irritable, la indolente, la mucha gordura y la edad en que se tiene el primer parto suelen hacerlo largo, y aun trabajoso.

Las mugeres comunmente mas irritables que los hombres, y mucho mas cuando están embarazadas y de parto son muy propensas á contracciones del orificio por el menor contacto ó distension forzada que padezca; por lo que no se molestarán con los reconocimientos repetidos, y se calmarán los dolores si son fuertes y no corresponde á ellos la dilatacion del orificio del útero.

Las mugeres indolentes, las flojas y perezosas por constitucion necesitan de un gran estímulo para que sus fibras se contraigan, y para que ellas esfuercen los dolores. Por otra parte les favorece la facilidad con que ceden las partes que dan salida al feto; pero si por acaso la situacion del orificio del útero no es la mejor, y la pelvis es algo estrecha, el parto se retarda, ellas se cansan y suelen dejarse morir antes que hacer esfuerzo alguno, especialmente si llegan á poseerse de la confianza de que les han de sacar la criatura, como les ha sucedido otras veces sin tener malas resultas.

En estos casos se ha de procurar animarlas con las razones, fortificarlas con las pociones cordiales, haciéndolas entender, que su parto será feliz si se ayudan, y tal vez desgraciado por su culpa, como le sucedió á la de la siguiente observacion.

Una moza jóven, sana y bien conformada; pero de fibra laxa, nada egercitada y floja por naturaleza

se hizo embarazada, y por un accidente le vino el parto á los siete meses, y el feto se presentó directamente por medio de la espalda: ya se vé que en esta posicion no podía salir; no obstante tuviéron la paciencia de esperar tres dias para llamarme. Luego que reconocí la posicion, hice la estraccion por los pies sin alguna dificultad, y la paciente se recobró como en un parto natural.

Antes de los dos años volvió á estar de parto, y desde su principio no quiso hacer diligencia ninguna: acostada en la cama clamaba que le buscaran á quien le habia sacado el otro muchacho, porque ella no habia de parir de otro modo. Habiendo llegado poco despues que se derramáron las aguas, reconocí que el feto se presentaba de cabeza, que el orificio del útero estaba del tamaño de un peso fuerte, blando, y sus bordes delgados, que no le faltaban dolores, aunque lentos porque no los esforzaba, y que su pelvis era algo mayor que las bien conformadas: procuré convencerla á que se situára para el parto, en lo que nunca consintió, persistiendo siempre en que se lo sacara como el otro, que para eso me habia llamado, á lo cual no asentí considerando que si ella se ayudaba pariría en cualquiera situacion segun la disposicion de sus partes, la estructura de su pelvis, y la situacion del feto. Así se pasaron tres dias sin determinarme á consentir en la estraccion, y ella tenaz en que no me avisáran si no habia de hacer lo que me habia dicho. Con esta noticia pasé á verla, y cuando creía que habría parido, encontré que la cabeza del feto habia adelantado muy poco, en cuya atencion hice la estraccion por los pies, aunque con mas trabajo que la otra vez por ser mayor la criatura, la cual aún salió viva. La madre siguió bien hasta los diez y siete dias que le sobrevino una calentura pútrida, de que murió el trece de la enfermedad, y á los treinta despues de la estraccion.

Algunos me arguirán que hice mal en no hacer la estraccion luego que la muger se negó á situarse

y á hacer diligencia para parir, porque lo mismo es no querer que no poder. Otros por el contrario, me criticarán el haber hecho la estraccion, porque al fin ella hubiera parido, pues consta que muchas lo han hecho aun despues de muertas (1). Entre los dos estremos creo haber elegido el medio, y el que debe preferirse.

Hipócrates creyó que las mugeres cargadas de gordura eran estériles, lo cual ha desmentido la esperiencia en la mayor parte. Tampoco es siempre constante que las gordas tienen los partos pesados ó trabajosos por causa de la gordura. Jacobs refiere de dos obesas que parieron, una al primer dolor, y otra al segundo (2). Algunos atribuyen la dificultad del parto á la gordura que tiene la matriz ó la vagina; pero las inspecciones anatómicas han manifestado que la matriz no tiene gordura, y la que hay al rededor de la vagina se acomoda facilmente á cualquiera figura, y no se opone á la salida del feto. Yo convengo con este autor en que las mas veces sucede así; pero puede haber casos en que la gordura endurecida dificulte, y aun imposibilite el parto, como se lee en la observacion 35 del año 7º de las Efemérides de los curiosos de la naturaleza.

Yo convengo con Hipócrates, porque me lo ha enseñado la esperiencia, que las mugeres delgadas y parideras se vuelven estériles antes del tiempo comun si engordan demasiado. Tambien he visto que éstas si llegan á hacerse embarazadas no paren tan pronto como cuando estaban delgadas, lo cual he atribuido á la flogedad de sus fibras para contraerse, y á que se sofocan pronto, y no pueden continuar esforzando los dolores. Por esto nunca se procurará situarlas para el parto hasta que el orificio del útero se halle bien dilatado.

(1) Journal de Alemagne, decad. 1. an. 3. obs. 301 Decad. 2. an 4 obs. 107. Bartol. Histor. anatom. 99. cent. 2. *pag.* 304. Jacobs. Ecole pratiq. *pag.* 240. dice; „La esperiencia ha manifestado haber arrojado la madre despues de muerta un feto vivo; pero este caso es raro.“

(2) Ecol. pratique, &c. *pag.* 235.

Esta precaucion en la hora del parto, y la de mandarles hacer el egercicio posible durante su embarazo, les facilita el salir bien de su cuidado.

Las mugeres que conciben la primera vez de mas de cuarenta años suelen parir con dificultad; pero atendiendo á que esto proviene de la dureza ó rigidez que tienen comunmente en esta edad las partes que han de dilatarse para el parto, no habiendo mas vicio, y deseando, como todas desean, el tener sucesion, puede cometerse el parto á la naturaleza ayudandola si ésta tarda, con humedecerlas y lubrificar las partes de la generacion con los medicamentos apropiados.

Cuando la madre está muerta.

La criatura puede sobrevivir á la madre, y aun nacer sin ayuda del arte, porque la matriz conserva algun tiempo su vida particular y su fuerza de retraccion (1); pero como esto es muy contingente; será lo mas seguro sacar el feto cuando se tenga por muerta la madre.

Esta maniobra se puede hacer por la via natural, ó haciendo la operacion cesárea. Siempre que el orificio del útero permita la introducion de la mano, se preferirá el sacar el feto por la via natural, y mucho mas si no está bien caracterizada la muerte de la madre, como puede suceder en las muertes repentinas; pero en estando asegurados de que la muger está muerta, como se puede asegurar en las que mueren por enfermedad conocida, la operacion cesárea es el modo mas pronto de sacar la criatura, y se debe preferir porque en la prontitud consiste sacarla viva, cuando menos para bautizarla.

Esta operacion se ha de practicar con todas las mugeres que mueren estando embarazadas, y aun cuando sea supuesto el embarazo, una criatura que se consiga bautizar por este medio caritativo, aunque parez-

(1) Véase Leroux sur les pertes, obs. 13. *pag.* 25.

ca cruel, merece esperar junto á las enfermas la hora de su muerte para estraerles lo que contienen en su vientre, y darle con el bautismo la vida espiritual, y tal vez la temporal tambien, pues entre muchos que por este medio he sacado y bautizado en el Hospital de mugeres de Cádiz aún vive uno. Benedicto XIV despues de la consulta de Morgagny espidió un Brebe, mandando se abrieran todas las embarazadas despues de muertas.

En las muertes repentinas y violentas será prudente hacer la operacion cesárea con el mismo cuidado y precauciones que en las mugeres vivas, porque si estándolo mueren despues, no se impute la muerte al operador. Esta prevencion no la estrañarán los que saben haberle sucedido á Vesalio el imputarle la muerte de un sugeto que fué á inspeccionar teniéndolo por muerto, estando vivo, y que Morand encontró viva á una muger ahorcada por mano del verdugo, cuyo cuerpo habia comprado para disecar, &c.

Los Ingleses, aunque sábios en su modo de gobierno, padecen un error grande en esta parte. No es permitido á los comadrones ó cirujanos tocar á los cadáveres hasta que dá la licencia un sugeto que tienen comisionado en cada Parroquia para dar fé y cuenta de la muerte y de la causa; y como éste puede tardar en venir mas que el feto en sobrevivir á la madre, por lo comun todos los encuentran muertos, cuando segun el doctor Louder, sábio é ingenioso comadron de Londres, él habria conservado muchas criaturas si á su llegada le hubiera sido permitido sacarlas del vientre de sus madres.

Vicios de las dependencias del feto que pueden hacer el parto trabajoso.

La placenta, el cordon umbilical, las membranas que envuelven al feto, y las aguas que contienen, es lo que se llama dependencias del feto.

De la placenta.

La placenta hace el parto trabajoso por presentarse delante del feto, por desprenderse anticipadamente, por hallarse fuertemente adherida á la superficie del útero, por estar implantada en su cuello al rededor del orificio, y por ser muy abultada.

La placenta no puede presentarse delante del feto si no está desprendida; y aun cuando lo esté debe mudar la situacion para venir delante, lo cual es tanto mas dificil, cuanto estaba adherida mas cerca del fondo de la matriz.

No hay accidente mas peligroso, dice La Motte, que el que la placenta se presente delante del feto, ya sea en la vagina, ó ya fuera de ella del todo ó en parte, porque este desprendimiento viene acompañado de una hemorragia tan violenta que es imposible salvar la muger si no se socorre prontamente; por tanto el cirujano está obligado cuando sobreviene este accidente á sacar luego el feto para conservar su vida y la de la madre, ó á lo menos una de las dos, como sucederá si la muger tiene quien le socorra pronto (1), pues si no llega antes la muerte que el socorro que necesita (2).

Todos convienen que en estos casos se ha de terminar inmediatamente el parto; pero no todos asienten á que se saque primero toda la placenta, como dice el autor citado, sino que se haga una abertura en medio de la placenta, y por ella se introduzca la mano y se saque el feto. Este método parece que tira á precaver la impresion que podría hacer la mano y el feto sobre la matriz conservando las membranas, y á evitar el que tirando de éstas por la placenta no quede alguna porcion dentro de la matriz, accidentes seguramente de poca monta en comparacion de la de-

(1) Obs. 322, 323.
(2) Obs. 331.

mora que el estorbo de la placenta ha de causar en una operacion en que los instantes son tan útiles como que un minuto de mas puede hacerla inútil, y un minuto menos salvar una ó mas vidas.

Cuando la placenta no está del todo desprendida, como sucede hallándose implantada al rededor del orificio del útero, entónces debe romperse por medio, y hacer la estraccion por la abertura como se ha dicho en las hemorragias por esta causa.

De cualquier modo que se haya terminado el parto puede estar la placenta adherida y ser necesaria su estraccion. Las precauciones generales para estraerla quedan espuestas en su lugar, y solo hay que añadir ó repetir el gran cuidado que se ha de tener en reconocer si sale entera.

Es raro el que la placenta estando desprendida no salga por donde ha salido el feto si el orificio del útero no se contrae pronto mas de lo comun: no obstante cuando la placenta es gruesa sale con mas dificultad porque sus bordes no pueden doblarse sobre el centro, como es necesario para amoldarse al orificio del útero (1). Las placentas membranosas, dice La Motte (2), regularmente se adhieren mas á la matriz, y aun cuando se desprendan con los medios suaves, se detienen al pasar por el orificio, y suele romperse el cordon: por lo que se ayuda cogiendo con dos dedos una parte de ella para tirar al mismo tiempo que por el cordon.

Del cordon umbilical.

El cordon umbilical puede hacer el parto laborioso por ser corto, largo y venir delante ó haberse roto.

Lo corto del cordon umbilical puede provenir desde su formacion, ó por haberse liado al rededor de alguna parte del feto. Cuando es naturalmente corto,

(1) Mauriceau, obs. 521.
(2) Observ. 104, 105.

las mas veces causa la muerte del feto, á la cual se sigue el aborto; pero aunque esto no suceda, el parto suele ser pesado por dos razones: 1ª porque los dolores principian temprano y no son seguidos: 2ª porque el feto no pudiendo estenderse para salir sin tirar del cordon, el dolor que le causa esta tirantez le hace volver hácia arriba, ó doblarse: si lo primero, luego que pasa el dolor vuelve á quedarse como antes; y si lo segundo, no recibiendo directamente la accion de las fuerzas espulsivas, se retarda el parto hasta que se rompe el cordon, se desprende la placenta, ó se trae consigo el sitio de su adherencia. En los dos primeros casos hay hemorragia (1), en el primero mortal para el feto, y para éste y la madre cuando viene del desprendimiento total de la placenta, si el parto no se termina pronto.

Estas hemorragias se distinguirán en que cuando vienen por desprendimiento de la placenta son mas abundantes, duran mas y la madre manifiesta en su semblante y en la decadencia del pulso la falta de la sangre derramada: en lugar que las hemorragias que vienen de la rotura del cordon no pueden ser copiosas, no causan mutacion á la madre, aunque quitan la vida al feto. Por esto el profesor que debe atender á la conservacion de emtrámbos, luego que observa la hemorragia procurará indagar si las membranas se han roto, porque estando enteras la sangre no puede venir del cordon; y si estan rotas no es facil averiguar si la sangre viene por entre ellas ú de su interior, á menos que se introduzca la mano y se toque que el cordon se ha roto.

Conocida la rotura del cordon se hará prontamente la estraccion segun la posicion en que se presente el feto, para ligar el cordon luego que se descubra, porque el feto perece tan pronto como al que falta

(1) Perfet. Caso 4. Mauriceau obs. 401, 406, 518, 549, 640, 662 689. Smellie col. 21. caso 1, 2, 3. Hildano Centur. 2 obs. 50. La Motte obs. 249 nueva edic. Levret suit. des observ. *pag.* 187.

la respiracion. La hemorragia que viene de la madre dá mas treguas para la estraccion.

El cordon puede romperse antes que las membranas, y causar una hemorragia que mate al feto; pero no es posible conocerlo, y solo se puede sospechar cuando se aumenta el volúmen del útero, y se siente al través de las membranas un líquido mas espeso que son comunmente las aguas.

Cuando el cordon no es por si corto sino por estar liado á alguna parte, puede producir los mismos accidentes, y á mas la estrangulacion del feto, si está liado al cuello, que es lo mas frecuente (1).

Se inferirá que el cordon está liado al cuello cuando despues de estar la cabeza en la pelvis ó fuera de la vulva, si adelanta algo en el tiempo del dolor, vuelve atrás luego que pasa; y así luego que se observa esta alternativa de subir y bajar, se ha de pasar á reconocer si efectivamente el cordon está liado al cuello, y estándolo se suspenderá la espulsion ó la estraccion, para evitar el que se rompa, el que se desprenda la placenta ó se invierta la matriz.

Lo de menos sería el que se rompiese el cordon si se tuviera seguridad que no habia de ser por junto al ombligo; pero como esto es contingente, será lo mas seguro dar mayor estension al cordon, ya sea deshaciendo las vueltas si es posible, ya cortando una para deshacer las demás.

Smellie confiesa que en sus principios no creía que habría casos en que fuera necesario cortar el cordon; pero las observaciones (2) que cita le hicieron ver que no siempre se podia desliar el cordon como él creía, y que no hay otro medio mas pronto para salvar al feto que cortarlo prontamente. Él aconseja que se hagan dos ligaduras, y se corte por medio de ellas.

Yo hallo estas ligaduras supérfluas, y tal vez muy

(1) Smellie col. 24. caso 1 y 2. Perfect caso 2 y 3. Mauriceau obs. 119, 153, 394, 496, 506. Ultimas observ. obs. 119, 132. La Motte 152, 163, 154, 271, 354 nueva edic.

(2) Col. 21. num. 3.

perjudiciales. Lo primero porque la sangre de la madre no ha de salir por la parte del cordon que corresponde á la placenta, y la que el feto puede dar por la que á él corresponde puede ser poca debiendo terminar luego el parto; y lo segundo porque el tiempo que se gasta en hacer las ligaduras, puede ser el que tarde en morir el feto.

Por esto será lo mejor tirar de la vuelta que se conozca mas floja y ver si aflojándose puede pasar por la cabeza, y si no cortarla con unas tigeras de punta roma, con un bisturí angosto y con boton, guiado por la canaleja de la sonda, ó con una especie de gancho con boton, y que solo tenga corte en la concavidad de la corvadura. Con cualquier instrumento que se haga la operacion, se ha de cuidar no herir la madre, ni la criatura.

Estas reglas son aplicables á todos los casos en que el cordon umbilical es corto por estar liado á cualquiera otra parte del feto, pues entre las demás y el cuello solo hay la diferencia de que en aquellas no puede estrangularlo como en éste, y en aflojándolo cuanto baste para que pueda estenderse sin violentar la placenta ó la matriz, ni romperse, no hay necesidad de acelerar el parto estando libre la circulacion entre el feto y la placenta, pues si está interceptada, perece aun mas pronto que cuando está liado al cuello.

La Motte (1), dice, que es mucho mas temible la compresion del cordon que su cortedad, porque por muy corto que sea el cordon mueren pocos por esta causa, en lugar que casi todos los que nacen con el cordon por delante mueren, especialmente cuando la cabeza viene inmediatamente ó al mismo tiempo, pues intercepta la circulacion, y es lo mismo privar al feto de esta circulacion que á un adulto de la pulmonar.

Este riesgo tiene el feto cuyo cordon se presenta delante ó á la par de la cabeza, y así luego que se

(1) *Cap.* 37 tom. 2 *pag.* 908 nueva edic.

toca el cordon antes que el feto, ya salga fuera de la vulva, ya se quede en la vagina ó sin salir de la matriz, se ha de reconocer si está macerado ó frio, y si tiene pulsacion. Smellie (1), dice ; que en no sintiéndose la pulsacion por espacio de 20 ó 30 minutos es seguro que el feto está muerto. Lo mismo se dirá si está macerado y corrompido. En este caso nada hay que temer por parte del feto, y así se dejará el parto á la naturaleza, si por otro motivo no debe ayudarsele. Si aun está caliente, y se siente pulsacion se procurará reponerlo hasta dejarlo libre de la compresion, y mantenerlo así hasta que la cabeza entre en la pelvis.

Cuando no se ha podido reponer, ó cuando se nota que viene á un lado de la cabeza estando ya en la pelvis, es menester concluir luego el parto si la naturaleza no lo hace. Los dolores son algunas veces tan fuertes, tan largos y seguidos, que aun no dan lugar para reconocer el estado del cordon (2), y la naturaleza termina el parto en menos tiempo que podría hacerlo el arte, por lo que se dejará obrar; pero si los dolores son tardos, y el feto no adelanta sensiblemente, se terminará el parto segun las circunstancias.

El cordon delgado, ó muy grueso comunmente (3) no es obstáculo para el parto sino cuando es corto ó sale delante. Cuando ha salido el feto se tendrá presente que el cordon delgado se rompe facilmente y que roto es menester meter los dedos, ó toda la mano para sacar la placenta en caso que sea necesario.

De las membranas.

Las membranas pueden dar que hacer en el parto por ser muy duras y resistentes, por ser muy delga-

(1) *Tom.* 1 *pag.* 306.

(2) La Motte observ. 305, 306 nueva edic.

(3) Mauriceau observ. 406, refiere un cordon del grueso de un brazo.

das y de poca resistencia, y por quedarse parte de ellas en la matriz despues de salir la placenta.

Cuando las membranas son gruesas y duras, á lo menos en la parte que se presenta al orificio del útero, retardan el parto porque no doblándose con facilidad, como sucede comunmente, no pueden penetrar el orificio espresado hasta que está bien dilatado. Esta dilatacion es tanto mas lenta cuanto las membranas entran mas dificilmente á formar la cuña que es una de las causas de la dilatacion.

Lauverjat no solo piensa que la mucha resistencia de las membranas puede ser causa de un parto pesado, si no tambien de los nacimientos tardíos (1). Este autor decía en sus lecciones, que debía la mayor parte de sus créditos en París, á los partos que habia terminado pronto rompiendo con tiempo las membranas. Yo creo que para grangearse el crédito, que decía tener, vendrían á él todos los casos en que la resistencia de las membranas se opone á la dilatacion del orificio del útero; pues en los demás que son mas frecuentes, es contrario á la razon, y á la esperiencia el romperlas anticipadamente; porque á todos consta que las membranas blandas y flexibles forman la primera cuña, que introducida en el orificio de la matriz, y empujada por la fuerza que reciben las aguas por las contracciones de esta víscera, dilata su orificio suave, y uniformemente; y así no se deben romper hasta que pueda reemplazarlas la cabeza del feto, que es la que acaba la dilatacion.

No obstante, como por escepcion de esta regla general se deben romper las membranas cuando se tocan duras, y se observa que no faltando los dolores, ellas no se adelantan, ni forman bolsa en la vagina, no estando duro, calloso ó unido el orificio de la matriz. Algunas veces se deben romper tambien anticipadamente para dar salida á las aguas, como se ha dicho hablando de la inercia, y de la hemorragia de la ma-

(1) Nouvelle méthod. &c. *pág. 94.*

triz, como tambien cuando variando el feto de posicion se presenta en una buena.

Las membranas poco resistentes se rompen al menor esfuerzo, y su rotura temprana, retarda la dilatacion del orificio del útero, y la evacuacion de las aguas, que comunmente le sigue, priva á la vagina y á la vulva de la lubricidad y laxitud que les dan las aguas, lo cual puede hacer el parto algo mas doloroso y pesado. Este defecto además de no dificultar siempre el parto (1), se suple bien con las unturas ó inyecciones mucilaginosas. No obstante, se debe indagar siempre el tiempo en que se derramaron las aguas para hacerse cargo del estado de contraccion en que se halla la matriz, circunstancia muy esencial para cuando hay que maniobrar dentro de la entraña.

Debe notarse que cuando la placenta se adhiere cerca del orificio del útero, las membranas no pueden prolongarse tanto, ni romperse por sí tan pronto como cuando está adherida en el fondo, por estar sostenidas de un lado por la placenta, y así es conveniente romperlas aunque no se toquen duras, siempre que se mantengan en el mismo estado despues de algunos dolores.

El caso que he referido en que las membranas estaban unidas al feto y á la matriz, me ha dado motivo para contar esta adherencia, ó union entre las causas de un parto trabajoso, pues aunque no tengo noticia de otro igual, puede ofrecerse, y si ignorando que esto puede suceder se tira con fuerza del feto, se romperá la union que con él tienen las membranas, ó la de éstas con la matriz, ó ésta se vendrá detrás de ellas, accidentes que todos merecen precaverse, cortando las membranas lo mas cerca que sea posible de sus dos uniones.

Smellie refiere (1) que las membranas se quedaron

(1) Smellie col. 14. num. 1.
(2) Col. 23. caso 9.

en el útero habiendo salido la placenta, y que la naturaleza las arrojó por sí. Yo he visto muchos casos en que salieron con los lochîos porciones de membranas.

Las mugeres aprehensivas por su naturaleza, y mucho mas cuando están paridas, de todo se asustan, y estos sustos les suelen costar la vida si no hay quien las desengañe. He sido llamado muchas veces para ver que era una membrana ó tripa, segun la espresion de las pacientes, que salía por la vulva, por lo cual estaban muy desconsoladas, y las mas con calentura. Considerando que la naturaleza podría acabar la espulsion, les aconsejaba que se tranquilizáran, haciéndoles presente que aquello no era cosa de cuidado, que ellas lo arrojarían, y cuando no, que era facil sacarlo.

Todas se resolvieron á que se le sacára, y siempre lo conseguí introduciendo dos dedos hasta el orificio de la matriz, por lo cual estoy cierto que venía de lo interior de esta entraña, y cogiendo con sus puntas la parte que se podia tocar. Cogida entre los dedos una parte y tirando de ella, saqué una membrana delgada capaz de ensancharse y alargarse mucho.

¿Serán estas membranas fragmentos de las verdaderas del feto, ó una membrana formada de nuevo como sabemos que se forman en otras partes de la linfa coagulable derramada? Creo que algunas veces podrá ser lo primero; pero me inclino á que las mas será parte de la membrana desidua uterina separada de la matriz despues de salir la placenta.

De las aguas.

Las aguas, como se ha insinuado, pueden ser verdaderas y falsas.

Las aguas verdaderas son perjudiciales para el parto por su mucha ó poca cantidad. Si son muchas, distendiendo demasiado la matriz pueden romperla ó hacerle caer en inercia, lo cual no sucede muchas veces porque regularmente estos embarazos no llegan al tiempo comun del parto natural.

La cantidad escesiva de estas aguas son causa de que se rompa el cordon umbilical, si es corto y delgado, ó que se desprenda la placenta, si es grueso y resistente. En ambos casos se verifica el aborto; en el primero por la muerte del feto, y en el segundo por la hemorragia de la madre.

Las muchas aguas son causa de que el feto mude fácilmente de situacion, y si esto lo hace dando vueltas cuando el cordon umbilical es largo podrá liársele al cuello ú otra parte. Estos accidentes son irremediables.

Si atendemos á lo que dice Puzos (1) á las mugeres que tienen el vientre abultado por ser muchas las aguas, no se les hinchan las piernas, ni las partes de la generacion tanto como á las que el bulto de su vientre proviene de muchos fetos, porque la compresion que hacen las aguas es mas blanda y suave. Si atendemos, repito, á este fenómeno, podrémos tenerlo por señal del esceso de aguas en la matriz. La fluctuacion profunda de las aguas, y el sentir el golpeo de la mano sobre el vientre, teniendo un dedo aplicado sobre las membranas, nos asegurarán de que el volúmen proviene del esceso de aguas verdaderas.

Con este conocimiento luego que los dolores sean lentos, se procurará romper las membranas, y dar salida poco á poco á las aguas, porque mientras mas lentamente salgan, tanto mas lugar tiene la matriz para contraerse. Tampoco se acelerará el parto, ni se estraerá precipitadamente la placenta, por las razones que se han dado tratando de la inercia.

La falta de las aguas, ó el haberse derramado temprano es muy nocivo para cuando se ha de sacar el feto por los pies, porque contrayéndose la matriz se aplica tan exactamente á él que no deja espacio por donde introducir la mano sin riesgo de herir ó romper la matriz. Este defecto no tiene mejor remedio que el preservativo, esto es, el volver el feto y sacarlo in-

(1) *Pág.* 86.

mediatamente que salen las aguas, ó lo mas pronto que se pueda despues.

Las aguas falsas por su volúmen pueden causar la inercia ó rotura de la matriz. No es fácil distinguir estas aguas de las verdaderas, y menos si se derraman de golpe como algunas veces sucede (1) despues de algugunos dolores parecidos á los de parto, y éste no se verifica hasta muchos dias despues.

La única señal en que se ha de confiar para no poner la muger á parir es que las membranas están enteras, y el orificio del útero aunque se haya dilatado para dejar salir estas aguas, se vuelve á cerrar despues de evacuadas, y cesan los dolores.

No falta quien niegue la existencia de las aguas falsas, y no pudiendo negar las observaciones (2) que prueban haberse derramado de una vez grande cantidad de agua por el orificio de la matriz durante el embarazo, dicen que ésta trasuda al través de las membranas, lo cual, aunque pueda verificarse cuando las aguas salieran gota á gota, no es compatible con arrojar muchas de una vez, detenerse por algun tiempo, y volver otra evacuacion abundante, como se lee en algunas observaciones.

Las aguas falsas se forman entre las membranas del feto y la matriz, ó en los bordes de la placenta, comunmente causan el aborto, y cuando no se derraman, apenas comienza el orificio del útero á dilatarse. Á su evacuacion preceden dolores como de parto, pero estos pasan luego, y el orificio del útero se cierra otra vez, hasta que juntándose otra porcion la contraccion de la matriz vuelve á dilatarlo para espelerla.

Cuando estas aguas se derraman cerca del tiempo del parto, lo hacen mas facil porque las partes se hallan bien lubrificadas, y porque estos fetos generalmente son mas pequeños que lo ordinario.

(1) La Motte, observ, 134, 135 y 136 nueva edic.

(2) Perfect. caso 43. Giffard caso 136. Ruisch. obs. 33. Mauriceau obs. 113, 119, 148, 361, 219, 688. Nuevas observ. obs. 49. La Motte en el lugar citado.

De los dolores.

Se refiere algun otro caso en que las mugeres han parido con uno ó dos dolores (1); pero no es posible que paran naturalmente sin ellos, siendo lo comun que el parto sea siempre proporcionado á la fuerza, duracion y repeticion de los dolores, no habiendo otra causa que los inutilice.

Los dolores pueden ser causa del parto trabajoso por faltar enteramente, por ser flojos y tardos, por no ser verdaderos, ó por venir interpolados los falsos con los verdaderos.

Cuando los dolores cesan, y especialmente cuando esto sucede pasado uno fuerte, ó la matriz se ha roto, ó ha caido en inercia, y así se tratará á la paciente segun el estado de estos dos en que se averigue haber quedado la matriz.

Le Roux (2) considera tres especies de contracciones de la matriz, de las cuales deben resultar otras tantas especies de dolores. En la primera las contracciones no pueden vencer la resistencia del cuerpo, á cuya espulsion se dirigen, por lo que son vivas, pero duran poco. La naturaleza las continúa hasta que vence la resistencia, ó hasta que se rinde cansada.

En la segunda la resistencia se vence graduadamente, y las contracciones son fuertes, duran mucho, y cada vez que vuelven es con mas fuerza. Este es el caso del parto natural.

En la tercera especie la resistencia cede prontamente, y la contraccion capaz de vencer mayores obstáculos, queda aun con menos fuerzas que si los hubiera vencido, quedando como cuando un hombre reune todas sus fuerzas para traer hácia sí un peso que considera necesita todo su poder para vencerlo, y al tiempo de tirar, ó se le rompe la cuerda, ó el peso se viene fácilmente.

(1) La Motte, obs. 56.
(2) Observations sur les pertes de sang. *pág.* 32.

Esta contraccion, dice, se verifica cuando despues de rotas las membranas la cabeza del feto llena todo el estrecho superior é impide que se derramen las aguas, ó bien cuando el orificio del útero está poco dilatado, y la cabeza no deja salir las aguas sino en várias veces. En este caso el volúmen de las aguas junto con el del feto es al que intenta vencer la matriz, y para ello hace una contraccion proporcionada al volúmen total como si la formára un cuerpo solo. Apenas se siente el estímulo cuando el cuello del útero se contrae y comprime la cabeza que le toca, la cual sube en lugar de bajar, porque el fondo de la matriz no obra inmediatamente sobre el feto, sino sobre el agua que le circunda, la cual apenas recibe la accion primera cede y sale un chorro. La matriz cuya contraccion se dirigía á vencer mayor resistencia, queda como debilitada, y no continúa su accion: entonces la cabeza cae por su peso y vuelve á impedir el que se derrame mas agua. Estas pequeñas contracciones duran hasta que evacuada toda el agua se establecen las de segunda ó primera especie, segun las circunstancias.

Esta esplicacion dá una idea regular de la causa por qué los dolores unas veces son fuertes y cortos, otras fuertes, largos y repetidos; y finalmente nos pone en estado de distinguir cuando se podrán avivar los flojos y calmar los vivos y cortos.

En general los dolores tardos y flojos no deben acelerarse ni esforzarse si las demás cosas van bien. Los medicamentos que algunos mandan para este fin, y por los cuales claman las parturientes, pueden hacer mas daño que la demora del parto. Con todo, algunas veces conviene darles algun medicamento inocente para que se sosieguen y dejen de importunar con sus clamores, mientras se procura indagar la causa y remediarla si es posible.

Por lo comun la lentitud y tardanza de los dolores proviene de falta de accion en la matriz, y el que sean repetidos y cortos de algun obstáculo que sus contracciones no pueden vencer.

Segun estos dos principios los dolores tardos se avivarán sin riesgo manteniendo las fuerzas á la paciente con los buenos caldos, algun poco de vino aguado, ó algunas cucharadas de un cordial, y sobre todo con no fatigarla para que esfuerce sus dolores, ni ponerla en situacion de parir antes de tiempo.

Cuando el orificio esté suficientemente dilatado se le echarán algunas enemas algo estimulantes, se le estimulará el orificio espresado con la punta de un dedo, se le frotará sobre la matriz por el vientre, se le aplicarán los tónicos por defuera; y si con estos medios graduados con prudencia se avivan los dolores, se pondrá la muger en situacion de parir; pero si en lugar de avivarse disminuyen ó faltan, se procederá como en los casos de inercia.

Luego que se observen los dolores fuertes y repetidos, pero cortos, se sospechará que la matriz encuentra un obstáculo que no puede vencer. Con esta sospecha se procurará reconocer cual es el obstáculo, y mientras se tendrá á la muger en inaccion. Si del examen resulta que la oblicuidad del orificio del útero, su union ó dureza, la de las membranas, la deformidad ó mala situacion del feto, son los que ofrecen la resistencia, se procederá como en tales casos, teniendo siempre delante no fatigar inútilmente á la paciente, y conservarle sus fuerzas para que las emplee cuando el arte haya vencido las resistencias que no podía la naturaleza.

Nada es mas facil de conocer que la falta de dolores; pues no hay muger tan sufrida que pueda ocultar cuando los tiene: lo dificil es conocer cuando son interpolados, porque si se toca el orificio del útero en el tiempo de los verdaderos ó de los falsos, todos se tendrán por de la especie que se ha tocado. Con todo, si continuando los dolores se observa que el orificio del útero no se dilata sin que haya dureza, espasmos ni otra causa conocida, se tendrán por falsos: y cuando ya se toca dilatado, ya cerrado, se dirá que los dolores son interpolados, y que los falsos

deshacen lo que habian adelantado los verdaderos.

En este caso se deben calmar antes los falsos que avivar los verdaderos; porque primero se han de corregir los efectos de una causa que obra contra lo que conviene, que avivar los útiles de otra que solo es lenta en su operacion. Por esta razon no conociéndose causa determinada de los dolores falsos, se dejará la muger á su comodidad, y se le dará algun opiado con la confianza de que si duerme, al dispertar, los dolores serán mas vivos, mas fuertes, mas durables y todos verdaderos, como lo he observado muchas veces.

Los dolores falsos provienen las mas veces de vicios en primeras vias, ó en las de la orina, y algunas del histerismo y de la contraccion desigual de la matriz. Estos dolores no se han de confundir con los que se observan cuando el cordon umbilical es corto y tira de la placenta, ni con los que la naturaleza emplea inútilmente cuando hay obstáculos insuperables á sus fuerzas; pues aunque todos convienen en ser inútiles, esto es, en no adelantar el parto, las causas son diferentes, y por consiguiente los remedios.

Examinadas bien las causas de los dolores falsos, se determinará si se han de calmar, y cómo. Digo si se han de calmar, porque algunas veces los dolores falsos suscitan los verdaderos (1), y tal vez calmando aquellos no vendrán éstos.

Cuando los dolores se estienden indiferentemente por todo el vientre, por lo regular son ventosos, y se calman con los carminantes como las infusiones de manzanilla, de cáscaras de naranja china, de poleo, ó de anís. Las enemas de la misma índole son muy conducentes (2).

Si los dolores se fijan en algun sitio determinado como el ílion, el colon, los riñones, los uréteres ó la vegiga, se calmarán con las enemas emolientes, las

(1) La Motte, obs. 131, 132. nuev. edic.

(2) Observations divers par Madame Bourgeois, *cap.* 38. *pág.* 125.

pociones mucilaginosas con algun opiado, sin olvidarse de las sangrías y el régimen antiflogístico si hay plenitud y disposicion inflamatoria.

En caso de una indigestion si los materiales indigestos no han pasado á los intestinos, se evacuarán con los eméticos, y si han pasado del estómago se precipitarán con el uso de los purgantes benignos y de las enemas repetidas segun la necesidad. Un narcótico despues de la evacuacion de los materiales mal digeridos, repara mucho las fuerzas, y acaba de calmar los dolorcillos que suelen quedar.

Las mugeres histéricas comunmente tienen algunos dolores falsos antes de los verdaderos, y es necesario calmar aquellos para que éstos se declaren y tomen fuerza. Los anodinos y antiespasmódicos satisfacen esta indicacion.

Del parto trabajoso por defectos del feto.

El feto hace el parto trabajoso por ser de mayor volúmen que el hueco de las partes por donde ha de salir, ó por estar mal situado. El volúmen desproporcionado del feto puede ser en todo su cuerpo ó en alguna parte, y esto ser natural ó preternatural.

Todo feto mayor que los bien conformados no puede salir por una pelvis bien conformada; y la pelvis menor que las bien conformadas no dá paso á un feto bien conformado, si la diferencia es mucha.

Aunque no es regla constante, se verifica algunas veces que una misma muger concibiendo de diferentes hombres pára los hijos proporcionados al tamaño de los padres. Lauverjat refiere, que habiendo parteado á una muger pequeñuela con mucho trabajo, porque el feto era grande para la corporatura de la madre, ésta se hizo otra vez embarazada, y temiendo él que en este parto le sucedería lo que en el otro, la muger le dijo, que no sería lo mismo, porque ella cuidadosamente se habia hecho embarazada de un hombre como un pepino, en lugar que el padre del otro hijo habia sido corpulento y grueso. No sé donde esta muger,

dice, habría tomado una noticia que el suceso confirmó en ella (1).

Es cierto que esto no sucede siempre; pero cuando la madre es pequeña y el padre corpulento, se ha de examinar con particular cuidado el bulto del vientre de la muger y su conformacion para comparar en tiempo oportuno si podrá parir por sí, con los auxilios de la mano sola, ó ayudada de algun instrumento.

La muger que ha tenido un parto contranatural de todo tiempo, puede tal vez tener otro natural prematuro.

No tiene duda que el feto es menos grueso á los siete meses que á los nueve; y por consiguiente un parto de todo tiempo en que los diámetros de la cabeza del feto sean de cuatro y cinco pulgadas, se hará con dificultad por una pelvis cuyos diámetros tengan tres y cuatro pulgadas; en lugar que se terminará facilmente otro si la cabeza del feto tiene tres y cuatro pulgadas en sus diámetros anteroposterior y lateral, como probablemente tendrá un feto de siete meses, el cual si hubiera llegado á los nueve tendria cuatro y cinco. Á esto se agrega el que en un feto de siete meses los huesos del cráneo están menos osificados y mas blandos, lo cual facilita el que se acomoden mejor á la figura de la pelvis por donde ha de pasar. Por la última razon un feto macerado pasa por donde quizá no podría salir estando vivo.

Los mellizos, que por lo comun son mas pequeños que cuando el feto es único, pueden tambien salir ó sacarse por donde no sería posible arrojar ó estraer un feto mayor, como lo es el que se ha concebido y nutrido solo.

Lauverjat (2) asegura, que la muger cuyo diámetro anteroposterior es de tres pulgadas en el primer parto, tiene tres y media en el sesto, séptimo, &c. y que si el diámetro dicho es de dos pulgadas y media en

(1) Nouvelle, méthode de practiquer l' operation cessariénne, *pag* 17 § 28. (2) Id.

el parto primero, en el sesto y sucesivos tendrá tres pulgadas. De aqui concluye, que si en una muger con dos pulgadas y media de diámetro anteroposterior en el estrecho superior, es necesario hacerle la operacion cesárea en el primer parto, puede no serlo en los sucesivos; y que si en una muger con tres pulgadas y media en el diámetro espresado se necesita terminar el primer parto con el forceps, el sesto, séptimo, &c. se podrá terminar sacandolo por los pies.

Yo nunca convendré con este autor, porque las observaciones que cita no prueban que los partos últimos fueron faciles ó menos trabajosos precisamente por haberse agrandado la pelvis; y aun cuando así fuera, nunca podría aumentar media pulgada el diámetro de que se trata si los cartílagos no se engruesáran pulgada y media, lo cual nadie ha visto ni dicho. Y así es mas natural pensar que si la muger aumenta los diámetros de la pelvis, es porque el primer parto lo tuvo cuando aún no habia acabado de crecer. Esto sí que merece tenerse presente para esperar que una niña que pare con trabajo la primera vez á los 13 ó 14 años, parirá facilmente la sesta á los 20, porque aún le queda que crecer.

Algunos quieren que cuando por la estrechez de la pelvis consta que una muger no podrá parir un feto de todo tiempo vivo, se le anticipe artificialmente el parto en llegando al tiempo en que se considera que podrá parirlo vivo. Los medios que proponen para determinar la hora del parto á su voluntad no son suficientes, y aun pueden ser muy perjudiciales á la muger, por lo que no falta entre los que anteponen siempre la vida de la madre á la del feto quien tenga por cruel la egecucion. El doctor Lauder, decía en sus lecciones, que nunca habia consentido en anticipar el parto con semejante pretesto.

Lauverjat se inclina, fundado en la esperiencia, á que bañando repetidas veces á la muger, é inyectándola igualmente los cocimientos emolientes con el fin de relajar el orificio del útero, se puede conseguir

salvar la madre y el feto, procurando el parto á los siete ú ocho meses; pero que antes será un delito criminal intentarlo.

Yo creo que sin procurar anticipar el parto cuando la diferencia entre parir un feto vivo y por la via natural, y tener que hacer la operacion cesárea, consiste en que el feto sea del tamaño de los de siete meses, ó del de los de todo tiempo, se puede conseguir que un feto de todo tiempo nazca del tamaño de los de siete meses, debilitando con la dieta y algunas evacuaciones á la muger, y por consiguiente á lo que tiene en su vientre, y éste sería el partido que tomaría en tales casos; aunque segun Baudelocque (1), poco hay que esperar del régimen cuando la estrechez del diámetro anteroposterior es considerable.

Vicios de la cabeza.

El doctor Lauder hacía ver en sus lecciones como la cabeza del feto podia dificultar el parto por su volúmen y por su situacion del modo siguiente. En una tabla tenia hechos varios agujeros de la figura de una cabeza mirada por encima, esto es, de la frente al occipucio, y de lo mas elevado de un parietal á otro. De estos agujeros uno era en todo mayor que el volúmen de la cabeza de un feto de todo tiempo bien conformada, otro menor, otro igual, y otros iguales en un diámetro y desiguales en otro.

Al mismo tiempo tenia cabezas de fetos bien y mal conformadas en el todo y en alguno de sus diámetros. Ya se concibe que aplicando un cráneo bien conformado al agujero mayor pasará por él facilmente, sin dificultad si se aplica al agujero igual, y de ningun modo por el menor si no muda de figura. Esta dificultad se aumentará tanto mas cuanto mayor sea la diferencia.

Tambien hacía ver que una cabeza bien conformada no podia pasar por el agujero en todo mayor

(1) Véase el *tom.* 2 *pag.* 121 á 130.

si se aplicaba á él inclinada hácia cualquiera lado, y que el modo para que pasára era quitarle la inclinacion.

Esto manifiesta, que si se pudiera medir tan exactamente como en la tabla, y en los cráneos secos, el volúmen de la cabeza de un feto dentro del útero, y la pelvis de una parturiente, se hallaría el arte de partear reducido á la certeza matemática, á que creyó Astruc habia llegado.

No obstante, aunque la evidencia no sea tanta, los errores serán menos aplicando oportunamente los principios establecidos. Ya hemos espuesto la magnitud regular de la cabeza de un feto de todo tiempo, y la cavidad de una pelvis bien conformada.

Tambien se ha dicho que convenia tener conocimiento de la magnitud de las cabezas de los niños, y la capacidad de la pelvis en general, de las mugeres en cuyo pais se egerce este arte; porque esta será una señal racional para sospechar que el volúmen de la cabeza del feto puede retardar el parto ó hacerlo trabajoso.

Por lo que he observado en Madrid los hijos del pais tienen la cabeza pequeña, la frente angosta, y la cara larga. Las mugeres, aunque no son altas tienen las caderas bien anchas y bien conformadas. Por esta razon creo que habrá pocos partos trabajosos por el demasiado volúmen de la cabeza. Con todo puede suceder alguna vez, y este defecto se conocerá en que el vientre de la muger no ha bajado tanto en el último mes como suele, en que no teniendo los lábios, ni las estremidades inferiores hinchadas, se hinchan en poco tiempo; en que la bolsa que forman las membranas es achatada; y finalmente en que la cabeza llena tan exactamente la entrada de la pelvis que no es posible meter un dedo entre ella y los huesos de la cavidad, aunque los parietales carguen uno sobre otro.

En observandose estas señales, se atenderá para terminar el parto: 1º á que cuando el esceso de la cabeza no es tres líneas sobre la de la pelvis, la natu-

raleza concluirá el parto, no faltando los dolores, ni las fuerzas de la parturiente: 2º á que volviendo el feto y sacándolo por los pies, sale sin dificultad una cabeza tres líneas mayor que la cavidad de la pelvis: 3º á que con el forceps se saca bien una cabeza media pulgada mayor que la pelvis; aunque el feto regularmente perece: 4º á que si el esceso de la cabeza es mas de una pulgada, el feto no puede salir vivo, sino haciendo la seccion de la sínfisis del púbis, ó la operacion cesárea: 5º á que cuando la cabeza del feto tiene tres líneas de esceso, aunque la muger puede parir por sí, está espuesta á que le falten los dolores y las fuerzas, á que le sobrevenga inflamacion en la vagina, lábios y matriz, y finalmente á que por alguna de estas causas se encalle la cabeza en la escavacion de la pelvis, ó en alguno de sus estrechos: 6º á que el feto puede estar vivo ó muerto.

Sentados estos principios, diremos que cuando por las señales que hemos espuesto se hace juicio que la naturaleza podrá terminar el parto aunque con dificultad, se dejará á ella la operacion, observando con todo cuidado sus progresos, y practicando los medios que pueden precaver la falta de fuerzas, y la inflamacion; como los buenos caldos, los medios baños, las enemas é inyecciones emolientes, y las sangrías cuando la plétora y robustéz de la parturiente las exijan.

Si despues de 24 horas de dolores regulares con los que la cabeza ha adelantado algo, se nota que se fija en un sitio, y se pasan otras 12, ó mas horas sin adelantar cosa alguna, disminuyéndose los dolores y las fuerzas sensiblemente, ó faltando del todo, entonces nada hay que esperar de la naturaleza, pues aunque la muger pára por sí, esto se verifica cuando el feto está macerado, y las partes que comprimía la cabeza gangrenadas.

La cabeza detenida ó encallada debe sacarse lo mas pronto que se pueda, si se quiere conservar la madre, y el feto si no estaba ya muerto. Los modos de

sacar la cabeza encallada son el uso del forceps, el volver el feto para sacarlo por los pies, ó el vaciar el celebro y sacar los huesos por partes. Lo último solo se ha de hacer cuando el feto está muerto, y lo primero no pudiendo verificarse lo segundo, como sucede comunmente cuando la cabeza se halla dentro de la pelvis. La Motte (1) en los capítulos 15, 16 y 17 refiere muchas observaciones en que detenida la cabeza pudo terminar el parto volviendo el feto y sacándolo por los pies, uno en que consiguió sacar los brazos, y con ellos al lado de la cabeza lo demás del cuerpo. Yo estrage un feto regular detenido en la mitad de la escavacion de la pelvis, y la madre apoplectica, acabando de sacar las dos manos que venian sobre las orejas, y tirando por los brazos como por los de un forceps.

Mr. Levret (2), dice, que cuando el feto encalla la cabeza de cualquier modo que sea, en no estando muy abajo se han de hacer algunas tentativas para reponerla, y si se consigue introducir la mano en la matriz, terminar el parto por los pies. Si no se consigue la reposicion con las tentativas moderadas, se han de abandonar éstas enteramente, sobre todo si se presume que el feto está vivo. Yo he preferido siempre el volver la criatura cuando no hay mucho tiempo que se han roto las membranas, y derramado las aguas; pero esto se consigue pocas veces aunque sea lo mas seguro para la madre y para el feto; unas porque las parturientes no se consienten á la operacion hasta despues de haber sufrido mucho, otras porque no llaman hasta el último apuro, y algunas porque nos engañamos en los primeros reconocimientos.

Smellie (3) quiere que cuando la cabeza se encalla á la mitad ó cerca de la mitad de la escavacion de la pelvis, se termine el parto con el forceps, y

(1) Volum. 2 nuev. edic.
(2) Accouchem laborieu. *pag.* 130.
(3) *Tom.* 1. *pag.* 256.

que si no se puede volver, ni sacar con el espresado instrumento se rompa el cráneo, y se saque con los garfios.

Dos cosas hay que notar en el modo de pensar de este autor; la primera que se ha de preferir el volver el feto á sacarlo con el forceps, y la segunda que se rompa el cráneo aunque el feto esté vivo, en lo cual conviene con sus paysanos, y se diferencia de los Franceses que solo quieren, y con razon que estos instrumentos se empleen cuando el feto está muerto; porque aun cuando alguno salga vivo muere poco despues (1).

Mauriceau (2), aunque no espresa en que altura se habia detenido la cabeza, unas veces la deshizo, otras la sacó con el gancho, y otras con su tiracabeza. Sus observaciones tienen de particular que casi todas las mugeres eran primerizas; que encarga sacar el cráneo entero si se puede, porque en vaciándolo no hacen tanta fuerza los garfios, y sacando los huesos separados, sus puntas pueden herir las partes por donde salen. Finalmente, advierte que cuando la cabeza ha estado mucho tiempo detenida en el camino, la compresion que hace sobre la vegiga de la orina la debilita ó la contunde; si lo primero, la muger arroja involuntariamente la orina por algun tiempo; y si lo segundo, la parte contundida se inflama, se supura ó se gangrena, y la muger queda con una fístula urinaria que le anticipa la muerte, como les sucedió á las de la observacion 76 y 577.

Este riesgo, y el de la inflamacion de la matriz, de la vagina y de los lábios, demorándose mucho estos partos, son motivos suficientes para terminarlos luego que se encalla la cabeza. Aunque es raro, dice Puzos (3), que no habiendo vicio de conformacion en la muger deje al fin de parir por sí, pero los graves

(1) La Motte obs. 107, 219, 228.
(2) Obs. 1, 29, 94, 205, 329, 449, 603, 608.
(3) *Pag.* 120 á 122 edic. de 1759.

accidentes que acompañan las mas veces á los partos que se han retardado mucho, nos deben determinar á concluirlos antes. ¡Cuántos niños han nacido muertos y sin haberlos bautizado por dejarlos mucho tiempo donde no se pensaba que perecieran! ¡Cuántas madres han quedado estropeadas ó incomodadas el resto de su vida por haberse debilitado en un parto que se pudiera haber abreviado con muchas ventajas para el niño y para la madre! ¿No se ha visto alguna otra vez perecer el hijo y la madre por no haber deliberado con tiempo lo mas conveniente? Cuando el feto, dice mas abajo, hay 24 horas que está detenido sin que las sangrías, las enemas, las fumigaciones, los cordiales, los purgantes, y el mudar de situacion, hayan sido útiles, y cuando la paciente no puede sosegar, y arroja cuanto toma, nada hay que esperar de la naturaleza, ni empeñarse en esforzarla, aunque parezca que puede hacerlo; es menester sacar el feto con un instrumento que no lo mate como es el forceps con las perfecciones que hoy tiene. No obstante, se empleará solo cuando el feto está vivo, pues si está muerto se preferirá el deshacer el cráneo y sacarlo con los garfios.

Comparando estos dictámenes hallarémos que casi todos convienen en no demorar el parto, en terminarlo volviendo la criatura si buenamente se puede, si no con el forceps, y si aun con este instrumento no se puede conseguir, deshaciendo el cráneo.

Jacobs añade que cuando la cabeza se halla encallada dentro de la pelvis, se procure primero desencallarla con la palanca, y cuando por este medio no se consiga se recurrirá al forceps, y si aun éste es inútil á la seccion de la sínfisis de los púbis (1). Yo creo que este autor gradúa mas racionalmente los medios de socorrer estas necesidades, pues prefiere la palanca al forceps, y sin ser defensor de la seccion

(1) Perfect. caso 17, 161. Smellie col. 20 num. 2. Col. 31 caso 1 y 2. Col. 35 caso 20.

de la sínfisis determina el caso en que puede ser útil, y el único en que yo lo haría, suponiendo que el cartílago no estuviera osificado, y que los púbis no formáran un ángulo agudo en su union.

Aun cuando el feto no se dude que está muerto se ha de preferir el no romperlo, sino cuando de no hacerlo se han de practicar algunas aberturas preternaturales para sacarlo.

En todos estos casos se ha de atender á si la parturiente orina, para si no sacarle la orina, y no dar lugar á que la distension de la vegiga obligue á terminar mas pronto el parto como quiere Puzos.

Antes de comenzar maniobra alguna se procurará bautizar la criatura bajo la condicion de *si eres capaz de recibir el Bautismo*, y despues de nacida se repetirá estando viva, bajo la condicion de *si no estás bautizada, ó bautizado* segun el sexo.

De la cabeza muy voluminosa por enfermedad.

El hidrocéfalo es la enfermedad que abulta la cabeza del feto para que no pueda salir por la pelvis de una muger no mal conformada. Esta enfermedad no deja de verse de cuando en cuando en los fetos (1); pero no siempre es causa de un parto trabajoso, ya sea por estar en los principios, ó por la mayor capacidad de la pelvis.

El hidrocéfalo puede ser esterno ó interno. En el esterno la serosidad se halla derramada entre los huesos del cráneo y la calota aponeurótica, ó en un saco particular, ó infiltrada en el tegido celular. En la interna la serosidad se encuentra entre los huesos y la dura madre, entre ésta y la pia, sobre la substancia cortical, ó en los ventrículos.

Se conoce que un hidrocéfalo es causa de que la cabeza del feto no entre, ó no pase de alguna parte de la pelvis en las señales generales que se manifies-

(1) La Motte, obs. 338.

tan cuando una cabeza grande no puede entrar ó salir por la pelvis : y á mas , en que tocando la cabeza se percibe la fluctuacion de un fluido como si estuviera contenido en una bolsa membranosa , mas ó menos gruesa , segun la profundidad donde está la serosidad, lo cual no se puede conocer con toda exactitud. No obstante que se distingue bien cuando el hidrocéfalo es interno ó esterno , que es lo mas preciso.

En el hidrocéfalo interno la serosidad distiende los tegumentos y los huesos , lo cual no puede verificarse sin que las suturas se aparten á proporcion de la distension.

En el esterno solo se ensanchan las partes esteriores á los huesos , y por consiguiente las suturas se hallan en su estado regular.

Esta diferencia se percibe bien por el tacto cuando la cabeza no está muy adelantada en la pelvis ni la matriz contraida sobre el resto del feto, porque entonces aunque se comprima con el dedo la bolsa que forma en la vagina, no cede lo necesario para llegar á tocar el cráneo y reconocer las suturas, lo cual podría ser muy conducente para el feto, pues cuando el hidrocéfalo es esterno, aunque la serosidad distienda los tegumentos de la parte que se presenta delante hasta formar el volúmen de otra cabeza, el celebro no padece compresion tan fuerte como cuando la serosidad está dentro del cráneo, lo cual puede causarle la muerte, y ésta se precavería evacuando antes la serosidad.

Con todo, como hasta que la cabeza se detiene despues de algunos dolores fuertes y largos, no se puede hacer un juicio menos dudoso sobre la necesidad de dar salida á la serosidad, y como por otra parte estas criaturas no llegan á edad de ser útiles, poco importará el que despues de bautizadas se esperen los últimos esfuerzos de las madres para determinar la evacuacion, operacion tanto mas facil para el operador, y tanto menos arriesgada para el feto y la madre cuanto sus esfuerzos le han hecho acercarse mas

á la vulva. Por tanto, luego que la cabeza no adelante, ya continúen ó falten los dolores, se hará una abertura que penetre hasta la serosidad, con la punta de un bisturí si se descubre el cútis de la cabeza, con un faringótomo (*fig.* 8.ª lám. 11.) si está ya en el tercio superior de la escavacion de la pelvis, y con un trocar convexo como el de la *fig.* 9.ª lám. 11. para la puncion de la vagina por el recto, si aún no ha pasado el estrecho superior.

La compresion en que se halla la cabeza es suficiente para empujar la serosidad, la cual evacuada se esperará un poco á ver si los esfuerzos naturales se avivan y terminan el parto, y si no se procederá como cuando siendo la cabeza gruesa faltan los dolores.

Cuando el hidrocéfalo es embolsado (1), y se limita á una parte de la cabeza, si ésta es la que se presenta delante, puede confundirse con los tumores que se forman en el occipucio cuando hay mucho tiempo que está presentado. En estos casos nada se debe hacer si el tumor se adelanta, y no faltan las disposiciones para que la naturaleza termine el parto; y si se halla en un lado se debe picar siendo grande.

El hidrocéfalo esterno por infiltracion puede confundirse con la hinchazon que suele adquirir la cabeza cuando hay algun tiempo que el feto se ha muerto (2), y solo puede distinguirse por el mal olor que se percibe en el dedo ó mano que ha tocado á la parte que se presenta. Tambien puede servir de guia el que comprimiendo con fuerza la parte que se toca, y apartando despues el dedo, el hoyo que se forma dura mas tiempo cuando la hinchazon es formada por la serosidad, que cuando la forma el ayre rarefacto, que es el que la causa en el cadaver.

El feto hinchado despues de muerto debe sacarse prontamente, porque á mas de que con la demora se

(1) Mauriceau, obs. 544

(2) La Motte, obs. 338.

dá lugar para que se hinche mas, puede infectar á la madre que por fuerza ha de absorver algunos de los miásmas pútridos que está exalando continuamente; y así considerando que podrá salir tirando de él por los pies, se irán á buscar sin dilacion; y si se hace juicio que con el forceps se podrá sacar, se aplicará inmediatamente. Cuando ninguno de estos medios tiene lugar, se abrirá la cabeza, se vaciará el celebro, y si la parturiente tiene buenos dolores, se esperará un poco á ver si la naturaleza termina el parto. Si no tiene dolores se intentará buscar los pies para sacarlo por ellos, y solo cuando esto no se puede conseguir, se sacará con los garfios.

Los ganchos agudos ó garfios no se han de aplicar, como aconseja La Motte (1) y se ha insinuado, sino sobre los fetos muertos; y aun en estos casos es menos arriesgado para la madre el sacarlos por los pies, y cuando esto no se pueda conseguir, antes se ha de probar la aplicacion del forceps que servirse de los garfios, segun las razones siguientes que espone Baudelocque (2).

,,Si se atiende á la figura del garfio, y á su modo de obrar, se conocerá que solo puede servir para sacar un feto cuando la desproporcion de la cabeza con la pelvis se aparta poco del estado natural, porque su accion no sirve para disminuir el esceso del volúmen de la cabeza, como lo hace el forceps obrando sobre dos puntos opuestos de su superficie. En este caso, pues, ó no teniendo forceps á mano, se puede usar el garfio teniendo alguna certeza de la muerte del feto. Cuando se emplea este instrumento siendo mucha la desproporcion de la cabeza con la pelvis, solo sirve como un medio de vaciar el cráneo, lo cual se puede hacer de otro modo mas metódico y menos arriesgado."

Cuando el feto no manifiesta las señales de muerto

(1) Id. en la nota de la obs. 219.
(2) *Tom. 2. pag. 164.*

hallandose aún fuera de la pelvis, se espera algun tiempo á ver si la naturaleza le hace bajar, manteniendo entre tanto las fuerzas de la parturiente, y oponiéndose á los accidentes que la compresion en la demora del parto pueden causarle, segun se ha dicho en el capítulo anterior; porque solo hay la diferencia de que en el presente se pueden hacer algunas escarificaciones por donde se desahogue parte de la serosidad infiltrada, especialmente cuando ya se descubre algo de la cabeza.

De los huesos del cráneo osificados.

La falta de osificacion de los huesos del cráneo en las fontanelas y algunas suturas es una de las sábias disposiciones de la naturaleza para facilitar el parto: por consiguiente la osificacion completa de los huesos espresados hará el parto pesado, dificil ó trabajoso, segun el volúmen de la cabeza y capacidad de la pelvis.

El tacto reconocerá bien la osificacion de los huesos en la falta de las fontanelas. Conocido este vicio se examinarán con todo cuidado las dimensiones respectivas de la pelvis y de la cabeza para determinar segun ellas lo que conviene hacer, en la inteligencia de que los huesos enteramente osificados ceden muy poco, y eso á costa de ser comprimidos con mucha fuerza.

Por este motivo si el volúmen de la cabeza escede en sus diámetros á los de la pelvis mas de una línea, la naturaleza podrá hacer la espulsion aunque con trabajo. Volviendo el feto y sacándolo por los pies se estraerá sin mayor molestia como el esceso no pase de dos líneas; y hasta cuatro podrá comprimirse y sacarse con el forceps. Si el esceso es mayor, será necesario deshacer el cráneo si está el feto muerto, y hacer la operacion cesárea si está vivo.

El deshacer este cráneo no es tan facil como cuando hay fontanelas. No obstante, como en los sitios donde correspondian éstas y las suturas no es regular

que los huesos estén muy duros, se hará primero una abertura en estos parages, y ésta se agrandará lo necesario con unas tigeras fuertes y cortantes por el dorso, como las que describe Smellie *fig* 7.ª lám. 11.

Vaciado el celebro se achatarán los huesos con la mano cuanto sea posible, y se hará la estraccion como en el caso antecedente.

De los monstruos.

Llámase monstruo todo lo que se aparta de la comun estructura del cuerpo humano. De aqui se sigue que todo el que nace con mayor ó menor número de partes, ó con alguna mucho mayor ó menor, ó de diferente figura se puede llamar monstruo ó monstruoso.

Dejando para los fisiólogos el indagar si el esceso ó defecto de materia seminal es causa del mayor número ó defecto de las partes, como decian algunos antiguos (1): si la oblicuidad del útero, como decía Galeno, es la que dá orígen á los monstruos: si esto se hace por acaso, como creen los mas de los modernos (2); ó si desde su orígen estaban ya delineados, como aseguran otros, dividirémos los monstruos por lo respectivo al parto en unos que tienen doble ó mayor número de partes, y otros que carecen de alguna.

En los que tienen mayor número de partes contarémos los que se hallan con dos ó mas cabezas: los que tienen partes dobles, estando solamente unidos ó confundidos por alguna, y los que solo tienen algunas partes dobles, de modo que teniendo un cuerpo bien formado al esterior, le salen partes de otro.

(1) El Conde de Buffon parece que se inclina á este parecer. Véanse las *páginas* 349 y 350 del *tom.* 2. de su Hist. gener. y partic. avec la descript. du Cabinet. du Roy.

(2) Harveo, Lancisio, Valisnerio, Lemery, Bianchi.

De los monstruos con una ó mas cabezas.

Estos casos son raros, y es digno de notar, que entre los que se hallan descritos en los autores, de pocos se dice cómo naciéron, y qué diámetros tenian las pelvis de las madres.

Gaspar de los Reyes Franco (1) refiere la historia de dos monstruos con dos cabezas y cuatro brazos cada uno, nacidos en Inglaterra en las Provincias de Northumberland y de Oxford. El primero vivió hasta la edad de 28 años; y se notó bien que en cada cabeza habia un principio de raciocinar diferente, porque unas veces convenian en sus pensamientos, y otras no. El segundo vivió algunos dias; y aunque no llegaron las dos cabezas á poder raciocinar, sentian diferentemente, pues cuando la una dormía, solía estar despierta la otra.

En la Académia de ciencias de París (2) se dá noticia de un monstruo con dos cabezas que una comadre sacó sin dificultad del vientre de su madre, volviéndolo y tirando por los pies.

En el Real Colegio de Cirugía de Cádiz se conservan dos monstruos con las cabezas dobles, el uno en esqueleto, y el otro entero en espíritu de vino. El primero se sabe por tradicion que nació en Medina-Sidonia: habiendo arrojado uno de los dos pies primero, sobre él le echáron el agua del Santo Bautismo, especificando en la forma que se bautizaba un solo individuo; pero habiendo visto, despues que con mucho trabajo arrojó la madre lo demás, que eran dos, consultáron al M. R. P. Feijoó sobre si alguno se habría bautizado; y este sábio religioso dedujo de sus razones, que probablemente ninguno (3).

Del que se conserva en espíritu de vino se sabe

(1) Camp. Elys. quæst. 45. *n.* 45.
(2) Mem. an. *1706. pag.* 419.
(3) Cart. erud. t. 1. cart. *6.* Teat. critic. add. á la paradoja 14. del tom. *6.* edic. de 1773.

que nació en la Isla de Leon, y que la madre le sobrevivió y vino á verlo algunos años despues. Este monstruo lo trajéron al espresado Colegio cerca de tres dias despues de nacido. Las dos cabezas son bien conformadas, medidas juntas tenian diez y ocho pulgadas de circunferencia, por los hombros un poco mas de quince, y algo menos por las caderas.

Ambas cabezas estaban llanas por el vértice, y á la misma altura, lo cual hace pensar que tambien nacería de pies; y en este caso con que la madre tuviera la pelvis un poco mayor que las bien conformadas, pudo arrojarlo, aunque con trabajo, con los esfuerzos naturales solamente.

Baudelocque (1) mira como imposible el que presentándose dos cabezas al mismo tiempo al estrecho superior bajen igualmente á la escavacion de la pelvis: una, dice, se doblará sobre el tronco mientras la otra desciende. No obstante, ni este autor dice cómo se han de terminar estos partos, ni Camper; aunque en la Memoria que antecede á la traduccion que ha hecho de Mauriceau hace estas preguntas. ¿Qué se ha de hacer cuando el feto de todo tiempo con dos cabezas presenta la una fuera de la vulva, quedándose la otra dentro? ¿Será lícito separar una? Y si se hace la operacion cesárea, ¿cómo se procederá para volver adentro la cabeza que está fuera? Él se inclina á que se arranque la cabeza que está fuera si entrámbas son grandes; pues si son medianas se puede sacar la que está dentro con el manual ordinario. Jacobs (2), como todos los que prefieren la vida de la madre á la del feto, son de este partido; pero á éste le parece que es mas facil y seguro el separarla torciéndola, que cortando con el bisturí.

Aunque el caso no haya sucedido, siendo posible, yo diré que nunca se debe arrancar la cabeza estando viva, con el débil pretesto de que estos monstruos mue-

(1) *Tom.* 2. *pag.* 190.
(2) Ecol. prat. *pag.* 252.

ren pronto; por lo que reconociendo primero que ambas cabezas daban señales de estar vivas, si eran pequeñas sacaría, como dice Camper, la que estaba dentro con el manual ordinario; pero siendo grandes é imposible el sacar la que se conservaba en el vientre, votaría la operacion cesárea, pues no encuentro dificultad en introducir la cabeza que está fuera para que salga por la abertura de la operacion, respecto de que se puede empujar á discrecion con una mano, y tirar por el cuello con la otra.

Cuando las dos cabezas no dan señales de vida, se debe separar la que está fuera, cortando primero los tegumentos y músculos del cuello por la parte que descubre, y torciendo despues la cabeza para que las vértebras se desunan, lo cual no se puede hacer con el instrumento cortante.

Separada esta cabeza se esperará á ver si la naturaleza espele la otra, y si no se buscarán los pies para sacar por ellos lo demás. Cuando esto no se puede conseguir se estraerá la otra con el forceps, y en su defecto se vaciará el cráneo y se sacará con la mano, y con un garfio ó dos.

Si ninguna de las cabezas ha entrado en la pelvis, y suponiendo que en el reconocimiento se ha averiguado que corresponden á un cuerpo, que están vivas, y su volúmen no es desproporcionado, se buscarán los pies para sacarlas por ellos, pues de este modo consta que han nacido los de que se tiene noticia (1). Si el monstruo se presenta de pies se deja obrar la naturaleza, hasta que se conozca que ella no puede arrojar las cabezas.

Luego que se observe la detencion de las cabezas, se situarán los cuellos de modo que las dos juntas correspondan al diámetro mayor de la pelvis, y los occipucios hácia delante para evitar el que las bar-

(1) Berdot en el vol. 6 de las Actas Helvéticas refiere que una comadre sacó un feto de dos cabezas. En la Coleccion Franconiana *tom. 3. pág. 99* se refiere otra observacion de aborto de un feto doble.

bas se enganchen en los púbis. Para precaver mejor este accidente, luego que se saquen los brazos no se hará fuerza para sacar las cabezas hasta que metiendo una mano se aproximen las barbas al pecho y se dejen dentro de la pelvis, entonces manteniéndolas en esta situacion se tirará con la otra por los cuellos, ya hácia un lado, ya hácia el otro aproximando las cabezas al estrecho inferior. En llegando á este sitio se buscará la barba que esté mas adelantada, é introduciendo los dedos hasta las mejillas se sacará fuera de la vulva, y luego se hará lo mismo con la otra.

Estando las barbas fuera, se volverá el tronco hácia arriba aproximando la parte posterior de las cabezas lo mas que se pueda al arco de los púbis. Estando en esta situacion, se aplicará una mano sobre las megillas de una de las caras y se aproximará la barba al pecho, que debe quedar horizontal. Este movimiento bastará para que la frente salga fuera de la vulva sin que la otra cabeza padezca violencia, porque se halla tan inclinada hácia la espalda, cuanto la compañera sobre el pecho.

La cabeza que ya ha salido se inclinará sobre su hombro para que dándole á la otra el movimiento con que salió la primera, salga tambien con facilidad.

Sacado así el monstruo se atenderá para la estraccion de la placenta á las reglas generales de esta operacion.

De monstruos con tres cabezas solo se ha dado noticia del que estrajo Zimmermann á la condesa de Chercy por medio de la operacion cesárea; que es el arbitrio mas seguro en este caso, y en el de los monstruos con dos cabezas cuando son muy desproporcionadas á la cavidad de la pelvis.

De várias deformidades de la cabeza.

La naturaleza multiplica rara vez las cabezas, pero aun es mas raro el que falte á un cuerpo esta par-

te tan necesaria para el uso de la razon, y para la vegetacion completa del hombre. No por esto dirémos que un feto sin cabeza no puede vivir mientras se nutra por el cordon umbilical, ni que tal vez la naturaleza deje de tener otro modo de mantenerlo despues de nacido; lo que consta es que ninguno de estos fetos ha vivido mucho.

El doctor Lauder conserva uno que no tiene cabeza, y en el lugar donde debia tener el cuello se le observa un boton como un ganglio nervioso del tamaño de una avellana. El mismo tiene otro fetillo inyectado que no tiene vestigio alguno de corazon. Burton pinta otro feto sin cabeza (1). Estos egemplos manifiestan que el corazon no es absolutamente necesario para la circulacion de la sangre, ni la cabeza la residencia precisa del alma racional.

Lo que es algo mas comun es faltar todos ó parte de los huesos del cráneo. Nicolás Fontano vió un niño sin celebro, que nació en 24 de Diciembre de 1629 (2). En el Diario de Alemania se refiere de dos niños, de los cuales uno tenia una masa carnosa en lugar de celebro, y el otro no tenia frente, cráneo, celebro, ni cerebelo (3). Mauriceau habla de otro que en lugar de cráneo y de celebro tenia una masa carnosa (4). En el Diario de los Sábios se dice de otro que nació sin celebro en Noviembre de 1673 (5). Burton pinta otro sin huesos de las cejas arriba (6), de los cuales yo he visto nacer dos. Vander Wiel habla de otro nacido sin celebro (7).

Estos fetos no ofrecen por sí obstáculo para el parto; pero como no es posible determinar por el tacto con solo un dedo la parte que se presenta al ori-

(1) Trad. frances. por Lemoin, *tom.* 1. *pág.* 410. lám. 17.
(2) Repon. et curat. medic. *lib.* 1. *pág.* 26.
(3) Decad. 1 an. 2 obs. 36 an. 8 obs. 64.
(4) *Tom.* 1. *pág.* 115.
(5) An. 1673.
(6) En el lugar citado.
(7) Traduc. por Planque, *tom.* 1. *pág.* 7.

ficio del útero, y sin este conocimiento se procede á ciegas, es menester retardar el parto hasta que introduciendo toda la mano se conozca que es un feto defectuoso, y entonces si no hay dificultad para encontrar los pies, será lo mas seguro traérselos con la misma mano, y sacar por ellos lo demás: de este modo estraje los dos fetos que he referido; bien es verdad que el uno podia haber nacido naturalmente; pero el que tenia las meninges adheridas á las membranas, y éstas á la matriz, no hubiera podido nacer con la cabeza por delante, á menos que se rompieran las adherencias, lo cual esponía mas al feto, si se rompían por su lado, y á la madre si lo hacían por el lado de la matriz.

Cuando la parte deforme ha bajado á la pelvis, y se adelanta con los dolores, se dejará obrar la naturaleza; pero si por falta de dolores ú otro accidente se encalla, se concluirá el parto como en tales circunstancias.

Del parto trabajoso por vicios del tronco.

Un feto con los hombros muy apartados ó mal situados; con una hidropesía de pecho ó de vientre; hinchado todo despues de muerto ó naturalmente muy grueso, y la union de dos fetos por las cabezas, por el pecho ó por el vientre, pueden causar un parto trabajoso manual, instrumental ó contra natural, segun las circunstancias.

Lo abultado del vientre de la muger, y el tamaño de la cabeza que ha salido fuera harán sospechar cuando sin causa manifiesta se detiene el parto, que los hombros están muy apartados ó mal situados; ó el cordon umbilical es corto, ó el orificio del útero se ha contraido espasmódicamente sobre el cuello.

Para cerciorarse de cual es la causa, se reconocerá el cuello, y si tiene el cordon liado se desliará ó cortará como se ha dicho. No encontrando el cordon liado al cuello, ni el orificio del útero contraido, se in-

troducirá la mano hasta tocar bien el volúmen y la situacion de los hombros.

Si los hombros son abultados; pero están bien situados, se procurará sacar los brazos uno despues de otro, y si no se puede conseguir se engancharán los sobacos con los ganchos romos y se tirará por ellos. Conforme vaya el pecho adelantando se irá volviendo para que al salir por el estrecho inferior un hombro, corresponda al arco de los púbis, y el otro á la horquilla.

Cuando los hombros se hallan uno sobre el púbis y otro sobre el sacro, no se ha de tirar hasta volverlos. Esta maniobra es mas ó menos dificil segun la contraccion de la matriz. Si esta entraña no está muy contraida se consigue volver los hombros introduciendo dos dedos de cada mano, y empujando el pecho hácia los lados con los de la una aplicados de punta en la parte anterior de un hombro, mientras que con los de la otra apoyados en la parte posterior del otro hombro, se empuja en sentido opuesto á fin de que las acciones contribuyan al mismo fin, que es poner un hombro á la derecha, y el otro á la izquierda; uno detrás de la cavidad cotilóides, y otro delante de la union del ílion con el sacro en el lado opuesto.

Situado de este modo se cometerá la espulsion á la naturaleza, si hay dolores, y si el feto no es muy abultado, pues si faltan los dolores ó el feto es voluminoso, se terminará el parto como en estos casos. Todas estas maniobras se han de hacer con presteza cuando el feto está vivo, bautizándolo antes por si muere durante la operacion.

Cuando el feto está muerto, si la cabeza ha salido de la vulva, se apartará del tronco, y éste se sacará como se dirá en su lugar.

Si la cabeza no ha salido de la vulva, se romperá el cráneo, se vaciará el celebro, se achatarán los huesos, y se sacarán separados. Esto facilita el introducir la mano, reconocer bien el volúmen y situacion

del tronco, y el poder sacar los brazos, y terminar el parto, ayudando á la estraccion con un garfio fijado entre las costillas en caso necesario.

Del parto trabajoso por la hidropesía ó la hinchazon del feto despues de muerto.

El feto puede padecer una hidropesía de vientre, ó de pecho lo mismo que los adultos, é hincharse despues de muerto como se observa en los cadáveres aun debajo del agua.

Aunque La Motte no cree que un feto hidrópico salga del seno de su madre con mas dificultad que los que se presentan de nalgas con los muslos doblados, los cuales nacen todos los dias naturalmente, ó con muy pocos auxilios del arte; es menester confesar que la cantidad de agua detenida en el pecho, ó en el abdómen es tan grande algunas veces que, como dice Jacobs (1), hace tanta resistencia para sacarlos, ya esté fuera la cabeza, ó ya hayan salido los muslos, que primero se arrancarán estas partes que salga el tronco.

Es verdad que cuando la cantidad de agua no es demasiada, se podrán sacar, como dice La Motte, empujando el agua hácia dentro hasta que salga una parte de la cavidad que la contiene, y despues determinando toda el agua hácia la parte que está fuera, para que salga la que está dentro, lo cual se intentará siempre antes de pasar á practicar otros medios.

Cuando la resistencia es mucha, se reconocerá el sitio donde se halla el agua. Si es en el abdómen se procurará introducir la mano hasta el orígen del cordon umbilical, y se romperá con los dedos una vegiga que comunmente forma el agua en la circunferencia del ombligo. Levret quiere que siempre se le dé salida al agua por este medio suave, y no mas dificil de practicar que el romper las membranas que envuelven al

(1) En el lugar citado *pág.* 258.

feto cuando se presentan en la vagina. Yo, aunque creo, como dice Baudelocque (1), que no siempre es facil de egecutar esta operacion, la intentaría antes de pasar á hacer la puncion con el trocar, siempre que se pueda llegar con la mano al sitio donde se forma la vegiga espresada, y cuando con los dedos no pudiera romperla, haría sobre ella la puncion, por ser éste el parage por donde la naturaleza ha dado por sí salida á estas aguas.

Si no se puede llegar con la mano al ombligo, se hará la puncion en el parage que se toque del abdómen, teniendo cuidado de ocultar el punzon del trocar, y no empujarlo hasta que se haya aplicado el estremo de la cánula al sitio por donde se ha de introducir en la cavidad.

En un caso que he tenido de esta especie me serví del trocar corvo (*fig.* 9. lám. 11.) de Florand para hacer la puncion de la vagina por el ano. Despues de haber salido mas de diez cuartillos de agua, salió por sí el feto, cuando aun no pensaba retirar el trocar porque el agua salía todavía á caño lleno.

Si la hidropesía es de pecho se hará la puncion por el sitio mas declive, teniendo cuidado de que la punta del trocar se arrime al borde superior de la costilla inferior, para evitar el que rompa los vasos que pasan detrás del borde inferior de la superior.

Todas estas cautelas son inútiles cuando el feto está muerto, en cuyo caso poco importa el evacuar las aguas por cualquiera parte, con tal que no se lastime á la madre.

Jacobs cree que hay casos en que no se puede terminar el parto sin vaciar el pecho y el vientre, y describe el modo de hacer estas operaciones, como se dirá en su lugar.

La hinchazon que viene á los fetos despues de muertos rara vez llega á dificultar el parto, si ellos no son por sí grandes ó están hidrópicos. Lo cierto es, que en-

(1) *Tom.* 2. *pág.* 193.

tre las observaciones que se hallan escritas en ninguna fué necesario dar salida al ayre. No obstante, si se vé que no podrán salir sin emplear mucha fuerza, se le harán várias punciones con el trocar, ó con el faringotómo que penetren hasta el interior de los intestinos. De este modo saldrá el ayre rarefacto que causa estas hinchazones, y se facilitará el parto.

En todo lo largo de la espina, y aun en el escroto se suelen formar tumores serosos, ú de la naturaleza de los lobanillos que dificultan el parto. Baudelocque refiere un caso, y cita otro análogo de Peu, en que habiendo salido sin dificultad la cabeza del feto, no pudo sacar el tronco á causa de un tumor que tenia en lo inferior de esta parte colgando entre los muslos, el cual tenia cinco pulgadas de largo, y cuatro de grueso; estaba lleno de vasos; era fungoso, y de naturaleza de lobanillo. Este feto no habiendo podido sacarlo cuando estaba vivo por no hacer demasiada fuerza, lo sacó cuando conociendo que habia muerto en el tiempo que estuvo detenido, aumentó los esfuerzos, pues así se rompió el tumor, se alargó, y pudo sacarlo.

Del parto de los fetos unidos.

Los fetos pueden ser ambos perfectos, ó el uno sí, y el otro no. La union de los fetos perfectos unidos puede verificarse en todas partes, é igualmente aquellos en que el uno es imperfecto.

Pareo (1), Liceto (2), Munstero (3), Etmulero (4), Scharfio (5), Boisot (6), Lamery (7), Albrecht (8),

(1) *Lib.* 25 des-monstres.
(2) Tract. de Monst. ex recesion Blasii, *pág.* 81.
(3) Ephem. Natur. Curios. Dec. 2 an. 8. *pág.* 306.
(4) Dis. de Monstruo Hungarico, *pág.* 6 y 20.
(5) Ephem. Nat. Curios. Dec. 2 an. 2 obs. 102.
(6) Diario de los Sábios año 1682, *pág.* 69.
(7) Hist. de la Acad. an. 1703, hist. *pág.* 39 edit. de París.
(8) Año 1731, *pág.* 338. Año 1739, *pág.* 340. Año 1743, *pág.* 325, 58. Año 1736, *pág.* 22.

Hartung (1), y en los Anal. Phisic. Medic. de Uratislavia (2) se refieren las historias de varios fetos unidos por la frente unos, por los occipucios otros, por las regiones temporales algunos, y uno en que los dos fetos estaban unidos desde la barba al ombligo. De dos unidos por las partes genitales, en el uno estaba manifiesto el sexo, y en el otro no.

En las Efemerides de los curiosos de la Naturaleza (3); en las Actas Fisico-Médicas (4); en las Memorias é Historia de la Académia de Ciencias de París (5); en el Diario de los Sábios (6); en el Comercio Literario de Norimberg (7); en los Anal. Phisic. Médic. Vratislav. (8); en las Transacciones Filosóficas de Lóndres (9); en los Comentos de la Académ. Petropolitana (10); y en las Actas Médicas de Berlin se citan varios fetos unidos por lo anterior del pecho, por los costados, por la espalda; por el abdómen, por las íngles ó por las partes de la generacion y las nalgas en mayor ó menor estension.

Á estos monstruos se pueden añadir otros muchos que refieren Liceto (11), Etmulero (12), Kulme (13),

(1) Vol. 4. obs. *76.* vol. 5. obs. 63. 133.

(2) Tentam. 6. *pag.* 1992. Tentam. 7. *pag.* 70. Tentam. 22. *p.* 691. Tentam. 24. *pag.* 459. Tentam. 25. *pag.* 214. Tentam. 28. *pag.* 637. Tentam. 29 *pag.* 195. Tentam. 32. *pag.* 520. Tentam. 35. *pag.* 294.

(3) Decad. 1. an. 1. obs. 55. an, 3. *pag.* 217. an. 6 y 7. obs. 27. Decad. 2. an. 2. obs. 91. an. 3. obs. 90. an. 4. obs. 152. an. 5. Apend. *pag.* 53. an 8. obs. 145. an. 9. obs. 143. Decad. 3. an. 1. obs. 91.

(4) Véase id. *ut supra*, (n. 1.).

(5) Memor. antig. *tom.* 2. *pag.* 213. an. 1706. *pag.* 418. an. 1724. *pag.* 44. an. 1732. *pag.* 309. an. 1733. *pag.* 368. Histor. an. 1694. *pag.* 341. an. 1702. *pag.* 27. an. 1716. *pag.* 26. an. 1723. *pag.* 29. an. 1727. *pag.* 22. an. 1751. *pag.* 72.

(6) Año 1682. *pag.* 313. an. 1701. *pag.* 613. an. 1707. *pag.* 114. an. 1743. *pag.* 548.

(7) Véase la nota (1).

(8) Véase id. *ut supra*, (n. 2.).

(9) Abreviadas por Cames y Martin, vol. 7. part. 3. cap. 8. *pag.* 688. vol. 9.

(10) Vol. 3. *pag.* 179.

(11) Tract. de monstr.

(12) En la disert. citad.

(13) Descript. alicuj. fœt. monstruos. *pag.* 6.

Bianchi (1), Smellie (2), Mauriceau (3), Tulpio (4), Langio (5), Wolfart (6), Bartolino (7), Brunero (8), Platero (9), Schenckio (10), Porta (11), Heiland (12), y finalmente la Coleccion de monstruos de Pareo, Aldrovando, Camerario, Palfin, Haller &c.

Entre un número tan crecido de estos casos son muy pocos los que dan una razon individual del modo con que nacieron los fetos. Baudelocque cita algunos que nacieron naturalmente, sin especificar si vinieron de pies ó de cabeza: si la pelvis era bien conformada &c. por lo cual esclama (13), que en lugar de aclararnos el modo de proceder en otros casos semejantes, nos deja perplejos sin poder determinar cuándo se dejará el parto á la naturaleza, cuándo se podrá terminar por la via natural con el auxilio de la mano ó del instrumento, y cuándo no habrá otro recurso que el hacer la operacion cesárea. Él reflexiona, que el hacer pedazos estos monstruos dentro del útero puede ser tan peligroso para la madre como la operacion cesárea: y este pensamiento, dice, quizá sería una verdad demostrada si se tuviera una exacta noticia de todas las mugeres que han muerto despues de haberlas sacado los fetos á pedazos.

Esto le inclina á que se haga la operacion cesárea estando estos fetos vivos, á menos que la union no sea superficial. En este caso se puede cortar, y terminar el parto como en los gemelos que no están unidos.

Atendiendo á que en los casos que refieren Smellie

(1) Storia del mostro de due corpi. Torino.
(2) Col. 28. cas. 1.
(3) Obs. 317.
(4) Obs. med. lib. 3. cap. 37 y 38.
(5) Epist. med. 8. lib. 2 *pag.* 535.
(6) Disert. de fœtu monstr. duplici, Marburgi, 1725.
(7) Hist. anat. rar. cent. 1. *pag.* 105.
(8) Disert. de monstruo, et bicipite.
(9) Lib. 3. obs. *pag.* 550.
(10) Observ. med. lib. 1. *pag.* 7.
(11) Lib. 2. cap. 17. Magiæ natural.
(12) En su disert. que se halla en las observ. rar. Blassi, *pag.* 9.
(13) *Tom.* 2. *pag.* 189. *y siguient.*

y Weigen, en el de que dá razon el Conde Buffon (1), y en los de que dá noticia la Historia de la Académia (2), los fetos nacieron saliendo primero los pies: se puede asegurar que despues de haber introducido la mano y reconocido bien que un monstruo llena la matriz, y que el volúmen de las partes unidas ó confundidas no es muy desproporcionado; será lo mejor estraer los cuatro pies, si son iguales como en el de Smellie: los dos mas adelantados como en el de Buffon, y sacar por ellos lo demás. Esta maniobra es mas segura cuando los fetos están muertos, pues aunque no puedan salir, es menos arriesgado para la madre separar las partes que no pueden salir teniendo algunas de fuera, que estando todo dentro del útero.

Smellie dice que dos fetos que él conserva unidos por un costado nacieron de pies, y que no obstante ser de solo veinte semanas, costó mucho trabajo el sacar los cuerpos y las cabezas.

Weigen conociendo que eran dos gemelos unidos, pensó que tirando desigualmente por los estremos inferiores de cada uno, podría dar lugar á que la cabeza del uno se adelantára y saliera á la par del cuello del otro, con lo que dejaría libre la cabeza. En efecto, tirando de los muslos del uno con la mano izquierda, y con la derecha de un pie del otro, sacó en un cuarto de hora dos niñas perfectas, unidas por un espacio de cuatro dedos entre el ombligo y la mucronata.

Cuando la contraccion de la matriz no permite buscar á lo menos los pies de uno de los fetos, y cuando el volúmen es muy desproporcionado á la

(1) Las dos niñas unidas por la rabadilla que refiere el Conde Buffon (véase la *pagina* 326 *del tom.* 5. de la traduccion castellana de Don Josef Clavijo y Fajardo) naciéron en Tzoni en Ungría el dia 26 de Octubre de 1701, y murieron en Petersburgo el 23 de Febrero de 1723. Una de estas mellizas arrojó los pies, y á las tres horas tirando de sus piernas salió la otra detrás de sus muslos.

(2) Año 1724. Nació sacándolo por los pies un feto de dos cabezas, que se presentaba por la espina.

El año de 1703 nacieron dos fetos unidos por el vértice, saliendo los pies del uno, y tirando de ellos.

cavidad de la pelvis, se hará la operacion cesárea estando vivos entrámbos, ó se desharán para sacarlos á pedazos si están muertos, segun dicen Mauriceau (1), Dionís (2), Viardel (3), y o ros.

Llegando antes que las cabezas entren en la pelvis, se procurará buscar los pies, como se ha dicho; pero hallandose ámbas en la escavacion, ó una fuera de la vulva, como en los casos que refieren Bianchî (4), Haller (5), Brunero (6), y Simonius (7), se confortará á la muger si se halla débil, y se esperará á ver si cómo en estos casos la naturaleza termina el parto. Si la paciente no está capaz de esforzarse, se terminará el parto, como se ha dicho en los fetos de dos cabezas hallandose una fuera.

Si los fetos están unidos por las nalgas, ó por las partes de la generacion, de modo que los estremos inferiores de cada uno corresponden al tronco del otro, se dejará venir la cabeza, si se presenta, y si no se situará y atraerá al estrecho superior para que la naturaleza pueda empujarla; pero si ésta no se halla en estado de obrar, se aplicará el forceps para sacarla.

En llegando al vientre del que sale delante se procurará buscar los pies del otro, y se sacarán hasta dejarlos á la par del cuerpo que ya ha salido. De este modo los pies de cada uno saldrán con el cuerpo del otro, y ocuparán menos espacio que si los cuatro muslos salieran con el tronco del último, como salieron en el caso que refiere Fevry (8).

(1) *Tom.* 1. *pag.* 341.
(2) Trait. des Accouchem. *pag.* 297.
(3) Obs. sur la prat. des Accouchem. *pag.* 225, nota.
(4) Storia del mostro de due corpi, &c.
(5) Comerc. litèr. de Norimberg, año 1739. *pag.* 340.
(6) Disert. citad.
(7) Comerc. liter. Nor. año 1731. *pag.* 338.
(8) Transac. filosof. abreviadas, vol. 7. *pag.* 688.

Del parto trabajoso por mala situacion de la cabeza del feto.

Segun el cálculo de Berkman y de Titzing (1), la mitad de los partos trabajosos por parte del feto provienen de la mala presentacion de la cabeza, y así piensa con razon el último que esta parte necesita de mas inteligencia y mayor destreza que las demás

El parto natural mas facil será el índice de los trabajosos; y así respecto de que la situacion mas favorable para el parto es en la que el feto se presenta en la primera posicion de la cabeza, será el mas trabajoso el que mas se aparte de ella, suponiendo las demás cosas iguales. Así es en efecto para la naturaleza, y no para el arte, como verémos en adelante.

Para no multiplicar demasiado las posiciones de la cabeza que pueden hacer el parto trabajoso, espondrémos solo cinco principales, como son en la que se presenta por la region superior, por la anterior, por la posterior y por las laterales, dando en cada una las señales que la caracterizan, las indicaciones que presenta; y el modo de satisfacerlas.

Del parto en que el feto presenta al ege de la pelvis la parte media de la fontanela anterior.

Esta posicion se conoce en la figura cuadrangular de la fontanela, en que siguiendo con el dedo se toca la sutura sagital, y la frente en sentido opuesto, y las orejas á los lados. Segun hácia donde corresponde el ángulo mas agudo de la fontanela, se dirá el sitio en que se halla la frente, pues debe ésta corresponder al vértice del ángulo espresado.

Cuando no se distingue bien este ángulo servirán

(1) Véase la tabla que enviáron á Camper, la cual se halla en el *tom.* 15. en 12.° *pag.* 232. de las Memorias de la Académia de Cirugia de París. Jacobs la trae copiada en el *fol.* 5.

de guia la sutura sagital y las orejas; y así cuando aquella mira al sacro y éstas á los lados, la cara cae hácia el púbis, y hácia el sacro si la sutura se dirige al púbis. En los dos casos las orejas han de encontrarse á los lados, pues hallandose una delante, y otra atrás, la cara ha de mirar á un lado, y el occipucio al otro. Para determinar el lado que ocupa la cara ó el occipucio, es necesario gobernarse por la figura del ángulo anterior de la fontanela, ó por la sutura sagital; y si estas partes no se distinguen bien, no quedará duda corriendo el dedo desde el nacimiento de una oreja hácia adelante y hácia atrás, pues forzosamente se encontrarán las cejas, las órbitas y la frente en la parte anterior de la oreja, y el occipucio en la posterior.

Conocida la situacion en que se presenta esta parte de la cabeza, se comparará su volúmen con la cavidad de la pelvis por la parte que se le presenta, y la direccion.

Si el volúmen de la cabeza es mayor, como lo será, cuando una cabeza bien conformada presenta su mayor diámetro al menor de una pelvis igualmente bien conformada, es preciso volverla y reducirla á la primera ó segunda posicion, segun sea mas facil, para que la naturaleza termine por sí el parto.

Cuando el volúmen de la cabeza es igual ó menor, como lo será si el feto no es de tiempo y la pelvis está bien conformada; ó si el feto es regular y la pelvis mayor que las bien conformadas, se dejará obrar la naturaleza; y solo no estando ésta capaz de terminar el parto tan pronto como conviene, suplirá el arte su defecto segun las circunstancias.

Siempre que la cabeza se presenta oblicuamente no se termina el parto hasta que por sí ó por el arte se le corrige la oblicuidad, ya sea haciendo bajar la parte que se ha quedado mas alta, ó subiendo la que se ha adelantado; ya subiendo un poco la una, y bajando otro poco la que estaba mas alta.

Aplicando estas reglas al caso en que la fontanela

anterior se presenta al ege de la pelvis mirando una oreja hácia adelante, y otra hácia atrás, y el occipucio á un lado, la naturaleza terminará el parto haciendo bajar el occipucio solamente; pero si se observa que ella no lo hace, el arte puede hacerlo, y á mas levantar solamente la frente, ó levantar ésta un poco y bajar algo el occipucio de alguno de los modos siguientes.

Los antiguos (1) se servían de una especie de horquilla para empujar la cabeza hácia arriba; pero hoy se suple con la mano esta especie de instrumento, y así para levantar la frente ó la parte anterior de la cabeza, se situará primero la parturiente acostada sobre el lado en que se halla el occipucio, á ver si determinando el cuerpo del feto hácia esta parte se levanta la opuesta de la cabeza. Si de este modo no se consigue lo que se desea, se situará la paciente como en los demás casos en que se ha de maniobrar. Situada bien, se introducirá con las precauciones espuestas la mano que corresponde al lado en que se halla la frente del feto, y apoyando la palma en la parte anterior superior del cráneo, se empujará hácia arriba cuanto baste para que la parte posterior quede mas adelantada.

En teniendo fuerzas y dolores la paciente suele conseguirse lo mismo en cuanto al efecto, apoyando los dedos sobre la parte anterior del vértice para impedir que ésta baje mientras lo hace la posterior empujada por los esfuerzos naturales.

Lo mas comun en estos casos es hacer bajar é inclinar hácia el centro el occipucio, introduciendo para ello la mano que cae al lado donde se halla, y adelantando los dedos hasta hacer presa en la apofice transversa del occipital. Estando así se tirará hácia el centro y hácia abajo, repitiendo la accion hasta dejar el occipucio bien situado.

(1) Véanse en la obra de Scipion Mercurio, impresa en Pádua año de 1720, con el título *La Comare Oricoglitrice* &c.

Si con la mano no se consigue el intento porque se resbala ó se estienden los dedos, se intentará conseguirlo por medio de la palanca del modo siguiente. Introducida la mano como cuando con ella se ha de hacer la operacion, se meterá la palanca por entre la palma y la cabeza del feto hasta que la convexidad del occipucio se acomode exactamente á la concavidad de la palanca, cuyo estremo se ha de fijar por debajo de la apófice transversa del occipital. En esta situacion se mantendrá mientras se saca la mano que sirvió de conductor, y se aplicará en la parte de palanca inmediata á la vulva, ya sea apoyando el orígen de los dedos por la palma sobre ella, ó ya cogiéndola entre los dedos doblados y metidos por debajo. Esta mano debe formar el punto fijo, por lo que se ha de mantener firme mientras que con la otra se mueve el mango de la palanca donde está la potencia, hácia fuera y hácia arriba. Este movimiento producirá el opuesto en el estremo de la palanca, que es donde se halla la resistencia, y el occipucio bajará y se dirigirá hácia el ege de la pelvis hasta que la palanca quede en línea recta.

Cuando con el movimiento qué se le dá de una vez no queda la cabeza bien situada, se repetirá la accion las veces que sea necesario, sin necesitar mas que volver á bajar la mano que sujeta el mango hasta que la palanca quede aplicada como antes.

El mayor cuidado en esta maniobra es mantener bien firme la parte de palanca que sirve de punto fijo, porque si se mueve siguiendo la direccion de la potencia, á mas de no hacer el efecto que se propone el operador puede lastimar á la paciente contundiendo la parte sobre que se apoye para que sirva de punto fijo.

El occipucio puede bajarse y levantar al mismo tiempo la frente, aplicando como se ha dicho la palanca, y en lugar de hacer con toda la mano el punto fijo, haciéndolo con el dedo pulgar, é introduciendo los demás hasta apoyarlos en la parte de coronal que

corresponde al cráneo delante del ángulo anterior de la fontanela.

De este modo al mismo tiempo que se mueve el mango de la palanca para hacer bajar el occipucio, se empuja la frente con los dedos, y reunidas las dos acciones se consigue que levantando media pulgada la frente, y bajando una el occipucio, queda la cabeza tan bien situada, como si el occipucio bajára pulgada y media, ó se subiera lo mismo la frente.

Cuando la cabeza presenta la fontanela anterior al ege de la pelvis, estando el occipucio sobre el púbis ó sobre el sacro, si es menor que las bien conformadas, podrá terminarse el parto haciendo que el occipucio entre en la escavacion. Á este fin se introducirá cualquiera de las dos manos y aplicada al occipucio como en el caso antecedente, se llamará hácia el centro y hácia abajo hasta dejarlo en la escavacion.

Siendo mucha la resistencia, se usará de la palanca aplicada al occipucio, en la inteligencia de que los movimientos del mango han de ser hácia arriba, y hácia adelante cuando el occipucio está sobre el púbis, y hácia abajo y hácia atrás cuando se halla sobre el sacro.

En siendo la cabeza regular y la pelvis mayor que la bien conformada, se terminará el parto del mismo modo que el antecedente; pero si ámbas son bien conformadas es necesario volver la cabeza, reduciéndola á la primera posicion si está en medio del púbis y del sacro, ó algo inclinado el occipucio al lado izquierdo, y á la segunda estando el occipucio inclinado al lado derecho. Esto se puede hacer tirando la parte anterior ó la posterior de la cabeza solamente hácia un lado, ó bien haciendo fuerza en las dos á un mismo tiempo.

Para volver la cabeza haciendo fuerza en la parte posterior se introduce la mano del lado opuesto á aquel hácia donde se ha de volver, y se aplica la palma sobre el occipital adelantando los dedos hasta

la parte posterior de la oreja formando una especie de gancho. Aplicada y firme la mano se tirará con ella de la cabeza hácia el lado que convenga; de modo, que si se tira del occipucio hácia el lado derecho, la frente pasará al izquierdo, y al derecho tirando hácia el izquierdo del occipucio. De este modo se reducirá la cabeza á la primera ó á la segunda posicion, y entonces la naturaleza terminará el parto como cuando naturalmente se presenta el feto en estas posiciones.

Si la fuerza se ha de hacer en la parte anterior, se aplica la mano á la frente, adelantando los dedos hácia la parte anterior de la oreja, y aplicada se tira al lado que mas conviene para dejarla en primera ó en segunda posicion.

En teniendo los dedos largos, y la llave de la mano ancha se puede volver la cabeza, como yo lo he practicado algunas veces, aplicando la mano de modo que el ancho de la cabeza quede entre el dedo pulgar y el indicador. En esta positura ha de caer el dedo pulgar hácia la frente, y los otros dedos al occipucio en el otro lado, con lo cual se fija la cabeza entre la mano, y moviendo ésta como para hacer una pronacion, aquella dará la misma vuelta, con lo cual se mejora la situacion.

Cuando con la fuerza de una mano es imposible volver la cabeza, se aplicarán las dos una á cada lado, acercando mas la una hácia la parte anterior, y la otra hácia la posterior, porque de este modo obrando al mismo tiempo en sentidos opuestos se aumentan las fuerzas.

En habiendo dificultad para introducir las dos manos será mas seguro para la paciente, y menos trabajoso para el operador hacer la estraccion por los pies, como cuando á estas posiciones acompaña la falta de dolores, el hallarse la paciente sin fuerzas, apopléctica, convulsa ó con una hemorragia, y finalmente en todos los casos en que la naturaleza no puede terminar el parto tan pronto como conviene.

Hasta aqui se ha supuesto que la cabeza presentaba al ege de la pelvis la parte media del vértice ó la fontanela anterior, lo cual no es tan frecuente como el presentarse mas cerca de la frente ó del occipucio, pero las indicaciones y los medios de satisfacerlas son los mismos con esta diferencia, que cuanto mas dista del occipucio la parte que se presenta otro tanto mas se necesita bajar aquel ó subir ésta; y que cuanto mas próxima esté á la fontanela posterior tanto menos hay que bajar el occipucio ó levantar la frente.

Despues de haber pasado parte de la cabeza el estrecho superior puede pararse en cualquier punto de la escavacion de la pelvis ó en el estrecho inferior, siendo uno de los motivos mas frecuentes la mala situacion en que se presenta.

Las señales para conocer que la cabeza detenida en cualquiera de estos parages presenta al ege de la parte donde está detenida la fontanela anterior, son las mismas que cuando no ha entrado en la escavacion; tampoco varían las indicaciones, ni los medios de llenarlas, aunque algunos son mas faciles de egecutar.

Supongamos que la cabeza se ha detenido en el tercio superior ó en la mitad de la escavacion, ó altura de la pelvis, esto se conocerá habiendo marcado antes la altura del sínfisis de los púbis, y la que hay de la estremidad del coxis á lo mas alto del sacro.

La cabeza detenida en la altura dicha y presentando la fontanela anterior al ege de la escavacion, puede tener el occipucio á los lados, y mas alto ó igual á la frente. Situada de este modo no se terminará el parto de un feto regular y en una pelvis bien conformada, si el occipucio no se vuelve algo hácia delante, y se baja al mismo tiempo.

Para volver el occipucio situado al lado izquierdo se introducirá la mano derecha, y la izquierda si el occipucio se halla en el lado derecho. Introducida la mano, se acomodará la palma á la parte posterior

de la cabeza adelantando los dedos hasta detrás de la oreja, y teniéndolos fijos se tirará del occipucio hácia delante hasta dejarlo detrás de la sínfisis de los púbis; entonces sin sacar la mano se aplicará la palma sobre la fontanela posterior, y se fijarán los dedos en la apofice tranversa del occipital, para hacerle bajar hasta que se perciba ó esté próximo para ello. En estando en esta situacion, que es la mas favorable, respecto del estrecho inferior, se cometerá el parto á la naturaleza, y cuando ésta no esté capaz, se terminará como se dice en su lugar.

Tambien se puede volver la cabeza volviendo la frente hácia adelante, y empujándola hácia arriba del mismo modo que cuando no ha entrado en la escavacion.

Cuando la cabeza se ha detenido en la escavacion, teniendo el occipucio adelante ó atrás, solo es necesario bajarlo ó levantar la frente con la mano, ó con la palanca aplicada como en los casos antecedentes.

Si de ninguno de los modos espresados se consigue mejorar la posicion, se intentará empujar la cabeza al vientre con la mano que corresponde al lado donde se hallen los pies para introducirla, buscarlos y terminar por ellos el parto.

Si aun esto no se puede conseguir por estar la cabeza encallada, se aplicará el forceps, si el feto está vivo ó se vaciará el cráneo si está muerto.

Deteniéndose la cabeza en el tercio inferior de la escavacion ó en el estrecho inferior, no es regular pensar el hacer la estraccion por los pies, y así se procurará situarla bien, volviendo el occipucio hácia el arco de los púbis si se halla en las tuberosidades de los ischîos ó algo mas arriba, y hácia el coxis si se halla inferior á las tuberosidades dichas. Esta operacion se practica con una mano aplicada á la frente ó al occipucio, como cuando se ha detenido en el tercio superior de la escavacion. Por estar mas inmediata se podrá conseguir lo mismo, tal vez con mas facilidad aplicando dos dedos de una mano á una sien,

dos de la otra detrás de la oreja del otro lado, y obrando en sentido opuesto para que al paso que la parte posterior de la cabeza se mueve hácia el arco de los púbis, la anterior pase al coxis ó al contrario.

Cuando correspondiendo el occipucio hácia adelante, y la frente hácia atrás, se detiene la cabeza en el estrecho inferior ó cerca de él, es menester hacer bajar el occipucio ó levantar la frente, lo cual se practicará con la mano, con la palanca, ó con las dos á un tiempo del modo siguiente.

Aplicada la palanca al occipucio de modo que su estremo baje de la apófice transversa del occipital, se introducirá una mano fijando los dedos en las órbitas, debajo de las narices, ó bien enganchándolos en la boca, y con el dedo pulgar de esta mano se agarrará la palanca haciendo con él un punto fijo, como si fuera el ege que une los brazos del forceps. Estando en esta posicion se moverá el mango de la palanca para hacer bajar el occipucio, y en habiendo bajado algo mas que la frente, se bajará ésta y la cara otro poco, hasta que alternando las dos acciones salga fuera la cabeza.

Con esta especie de forceps compuesto se consigue sacar la cabeza cuando la resistencia no es demasiada; pero como esto no se conoce hasta despues de haber obrado inútilmente, hay muchos casos en que al fin es necesario emplear el forceps verdadero.

Cuando por estrechez natural del estrecho inferior no puede salir por él una cabeza bien conformada, y bien situada es necesario hacer la operacion cesárea, si los diámetros de la cabeza esceden á los de la pelvis en mas de una pulgada.

Del parto en que el feto presenta la cara.

(Lám. 13 *fig.* 1ª)

Para que el feto se presente de cara es necesario que la cabeza se incline á la espalda, y la barba se

aparte del pecho tanto mas cuanto ésta ha entrado mas en la escavacion de la pelvis.

ESPLICACION DE LA LÁMINA TRECE.

Figura 1ª

Esta figura manifiesta un feto con las narizes presentadas en medio del estrecho superior, teniendo la frente hácia el lado izquierdo, y la barba hácia el derecho.

Por esta presentacion se inferirán las demás de la parte de la cara.

Figura 2ª

Esta figura representa una matriz invertida fuera de la vulva.

A. El cuerpo de la matriz.
B. El fondo á donde estaba la placenta adherida.
C. Borde superior de la vagina.
D. D. Los grandes lábios.

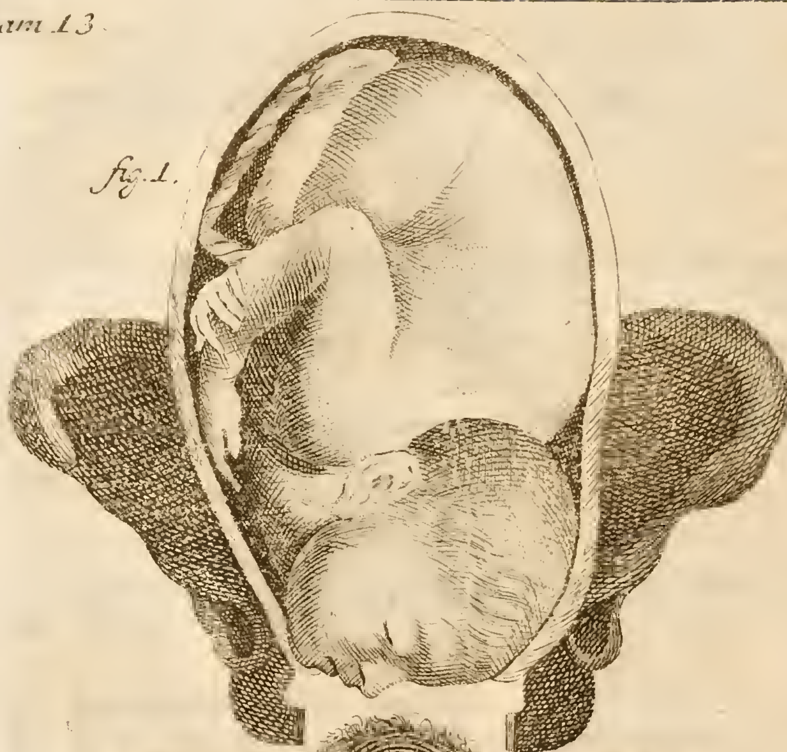
Los ojos, las narices y la boca distinguen esta posicion de las demás; pero como la cara puede presentarse teniendo la frente adelante, atrás, ó á un lado, se conocerá hácia donde se halla por la situacion de las partes dichas, y si queda duda, se saldrá de ella tocando las orejas y la barba.

En cualquiera de estas cuatro posiciones puede presentarse al ege de la pelvis, la frente que es un estremo de la cara, la barba que es el otro, la nariz que consideraremos como la parte media, ó la boca que es la parte media inferior. Por cualquiera de estas partes que se presente, no podrá la naturaleza terminar el parto de un feto regular sin que le ayu-



Lam. 13.

fig. 1.



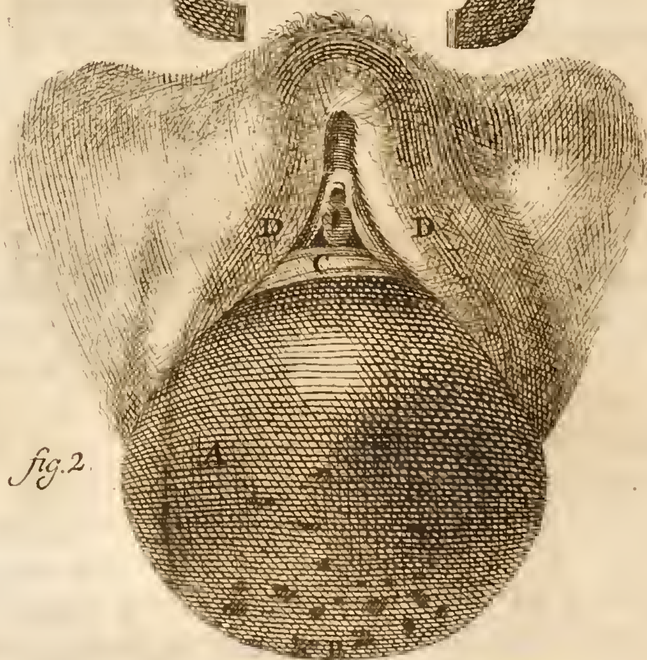


fig. 2.

de el arte aproximando la barba al pecho, y haciendo bajar el occipucio, lo cual es tanto mas dificil de egecutar cuanto la parte que se presenta está mas próxima á la barba.

Por esta razon se prefiere el buscar los pies y hacer por ellos la estraccion cuando se llega en el acto de romperse las membranas ó poco despues, y cuando hay algun síntoma de los que piden terminar pronto el parto.

Suponiendo, pues, que se ha de mudar la situacion de la cara que presenta al ege de la pelvis la punta de la nariz, se comenzará la operacion por arrimar la barba al pecho ó bajar el occipucio. Para arrimarla al pecho se introducirá la mano que corresponde al lado en que se halla, y con ella se cogerá la cara en la palma comprehendiendo el borde alveolar del maxilar. Situada de este modo la mano se empujará lo que ella comprehende todo cuanto se pueda hácia el pecho.

Al paso que suba la barba bajará la frente, se apartará el occipucio de la espalda, y se podrá aplicar á él la mano, la palanca ó las dos para hacerle bajar hasta que se ponga delante la fontanela posterior. De este modo la presentacion de cara se reducirá á la primera posicion de la cabeza, cuando la frente estaba al lado izquierdo, y á la segunda cuando la parte dicha estaba al lado derecho de la pelvis.

Para bajar primero el occipucio, se introducirá la mano del lado opuesto al en que él se halla entre la espalda y la parte posterior de la cabeza, sobre la cual se aplicará la palma adelantando los dedos hácia la oreja. Con la mano así colocada se empujará el occipucio hácia el lado, y en estando apartado de la espalda se tirará hácia abajo y hácia el centro. Cuando con la mano así colocada no se pueda hacer fuerza, como sucederá en estando el occipucio casi directamente hácia abajo, entonces se introducirá la otra mano ó la palanca, y con ellas se acabará de reducir á la primera ó á la segunda posicion.

Si la cabeza presenta la frente no se necesita subir tanto la barba para aproximarla al pecho, ni bajar tanto el occipucio para retirarlo de la espalda, y así la operacion es mas facil, y se puede hacer con la mano ó con la palanca aplicadas desde el principio al occipucio.

Cuando la barba se presenta primero, tiene que dar mas vuelta la cabeza para que el occipucio se ponga delante, y así se ha de insistir mas en buscar los pies y hacer por ellos la estraccion. En no siendo posible, se aplicarán la mano ó la palanca sobre la convexidad de la frente adelantando los dedos, ó el estremo del instrumento hasta la fontanela anterior, la cual deberá bajar al paso que se suba el mango de la palanca, habiendo formado el punto fijo como en los casos antecedentes. Luego que la mano ó el instrumento no puedan fijarse en la parte anterior de la cabeza, se aplicarán á la posterior, y se bajará ésta como cuando la frente se presenta delante.

Son raros los casos en que presentándose la cara, la frente se halle hácia el púbis ó hácia el sacro; no obstante cuando la cabeza se presente de este modo se preferirá el hacer el parto de pies, porque hallándose libres los lados de la pelvis no hay dificultad en introducir la mano, y porque si el feto no es pequeño ó la pelvis grande, se necesitan dos maniobras que son volver la frente á un lado, y despues subir la barba ó bajar el occipucio.

Para volver la frente á un lado se aplicará una mano sobre la parte anterior del cráneo, de modo que la palma cubra la fontanela anterior, y los dedos se afianzen y fijen hácia la sien, de la cual se tirará hasta dejarla detrás del púbis ó delante del sacro, en cuyo caso la frente quedará á un lado.

Tambien se puede volver la frente cogiendo entre la palma de la mano la cara de la nariz abajo, haciendo presa con el estremo del dedo pulgar en el borde posterior del ángulo de la mandíbula inferior y con los estremos de los otros dedos en la misma par-

te del otro lado, de modo que fijada la mandíbulas se puede atraer ó empujar hácia el lado que convenga, y entonces la frente quedará en el opuesto.

Lo mismo se podrá conseguir metiendo la cara por la raiz de la nariz en la llave de la mano, estendiendo el dedo pulgar hácia la sien, los otros hácia la mejilla, y teniéndolos así fijos haciendo una pronacion, pues en esta accion la cara siguiendo el movimiento de la mano mudará igualmente de situacion, y las partes que miraban hácia adelante y hácia atrás quedarán á los lados.

Vuelta la frente al lado, se levantará la barba ó se bajará el occipucio como cuando la frente se presenta delante y en un lado.

Respecto de ser necesario volver la cara, y despues hacer subir la barba y bajar el occipucio, importa poco el que lo uno ó lo otro se haga primero, y así se comenzará por lo que al operador le parezca mas facil, en la inteligencia de que si la cabeza es pequeña, bastará solo levantar la barba y bajar el occipucio para que la naturaleza termine el parto como en la 5ª y 6ª posiciones del parto natural.

Despues de haber pasado la cara del estrecho superior, puede pararse en cualquier punto de la escavacion de la pelvis, ó en el estrecho inferior. Mientras no ha pasado de la mitad de la escavacion presenta las mismas indicaciones que cuando no ha entrado en ella, y se llenan con las mismas maniobras.

En llegando á detenerse en el tercio inferior de la escavacion, ó en el estrecho inferior, si éste no es tan pequeño que la cabeza bien situada no pueda pasar por él, en cuyo caso se ha de recurrir á la operacion cesárea; es menester colocarla bien, y para ello se procederá con arreglo á las malas posiciones que puede tomar, que son teniendo la frente hácia una de las tuberosidades de los ischîos; hácia el arco de los púbis, ó hácia el coxis.

Cuando la frente se halla en alguna de las tuberosidades dichas, si la cabeza es pequeña podrá ter-

minarse el parto adelantando con la palanca ó con la mano la parte posterior hasta dejarla fuera de la vulva, y sacando la barba despues, pero si la cabeza es regular, será necesario reducirla á la primera posicion volviendo el occipucio hácia los púbis, ó á la segunda llevándolo hácia el coxis.

Esta mutacion necesita de dos acciones diferentes, que son volver la frente, y bajar el occipucio.

La frente se volverá hácia el púbis ó hácia el coxis, aplicando la mano que corresponde al lado donde se halla, de modo que la yema del pulgar se apoye en una sien, la palma en la frente, y los dedos en la otra sien. Con estos dedos se empujará hácia arriba y hácia adelante cuando se intenta reducirla á la primera posicion del estrecho inferior, ó se tirará hácia abajo y hácia atrás para dejarla en la segunda.

Si la cara se presenta al estrecho inferior teniendo la frente hácia el púbis ó hácia el coxis, el mejor modo de terminar el parto es hacer bajar la parte posterior de la cabeza, y levantar la barba. Para esto se aplicará la palanca ó la mano al occipucio, y se le hará bajar hasta dejarlo fuera de la vulva, y entonces se sacará la barba, con lo cual quedará fuera toda la cabeza.

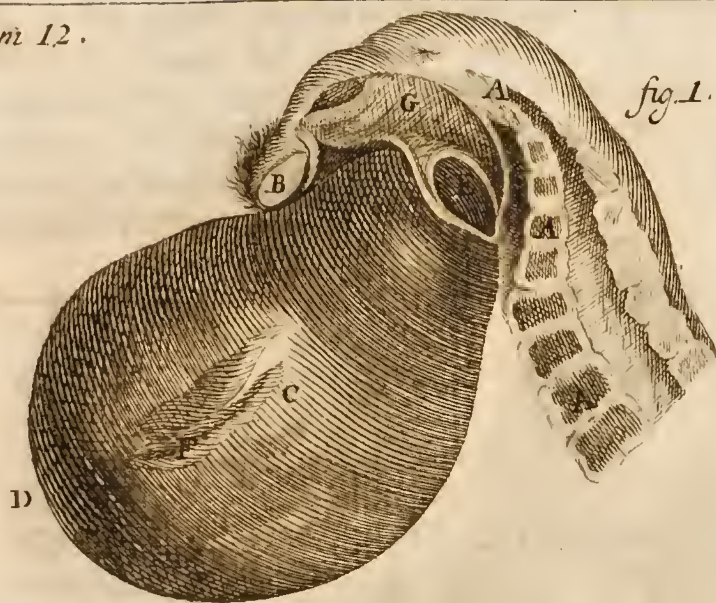
Siempre que el vértice ó la cara se detienen por debajo de la mitad de la altura de la pelvis, conviene reconocer la situacion y volúmen de los hombros, porque como queda dicho, si están mal situados ó son muy abultados, pueden impedir el descenso de la cabeza, aun despues de bien situada.

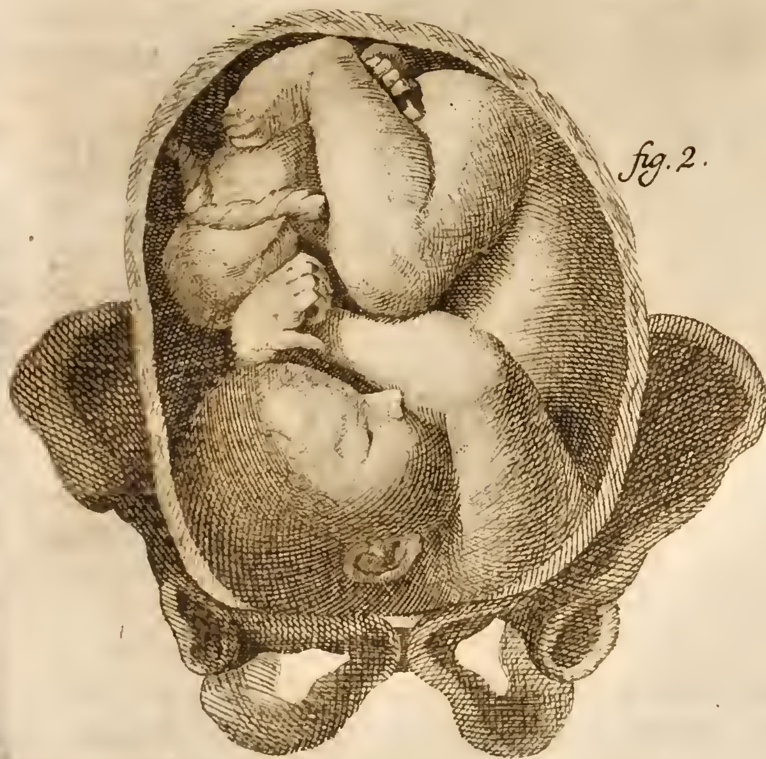
En estando fuera la cabeza se procederá segun lo pidan las partes que se vayan presentando, como se ha dicho en su lugar.

Del parto en que el feto presenta al ege de la pelvis la parte posterior de la cabeza (lám. 12. *fig.* 2ª)

El feto no puede entrar en la escavacion de la pelvis en esta posicion, y así no pasará del estre-

Lam 12.









cho superior si no se mejora, para lo cual se atenderá á que puede presentarse por su parte inferior ó por la nuca, por la apófice transversa del occipital, que es la parte media, ó bien por lo mas elevado, que es la base del ángulo anterior de la fontanela posterior. Por cualquiera de estos tres puntos que se presente, el cuello y la espalda pueden estar á los lados, que es lo comun, hácia adelante, ó hácia atrás, que será raro.

ESPLICACION DE LA LÁMINA DOCE.

Figura 1ª

Esta figura representa el lado izquierdo de una pelvis cortada en dos partes iguales de adelante atrás, conservando entera la matriz embarazada, con el orificio hácia atrás, y el fondo hácia delante.

A. A. A. Las vértebras lombares, el hueso sacro y el coxis partidos.
B. El corte del púbis.
C. La matriz.
D. Su fondo.
E. Su orificio.
F. Origen del ligamento ancho y principio de la trompa de Falopio, del lado derecho.
G. El lado izquierdo interior de la vagina, cortada como los huesos para descubrir el orificio de la matriz.

Figura 2ª

Esta figura representa á un feto presentando al ege del estrecho superior la union del cuello con la cabeza por detrás, teniendo el tronco al lado izquierdo.

Por esta situacion se deducirá la que debe guar-

dar en las demás de la parte posterior de la cabeza ó del cuello.

Antes de romperse las membranas es facil equivocar estas partes con las presentaciones por el vértice; pero despues de rotas se distinguirán por la falta de suturas y de fontanelas, por la continuacion con el cuello, y por la situacion de las orejas.

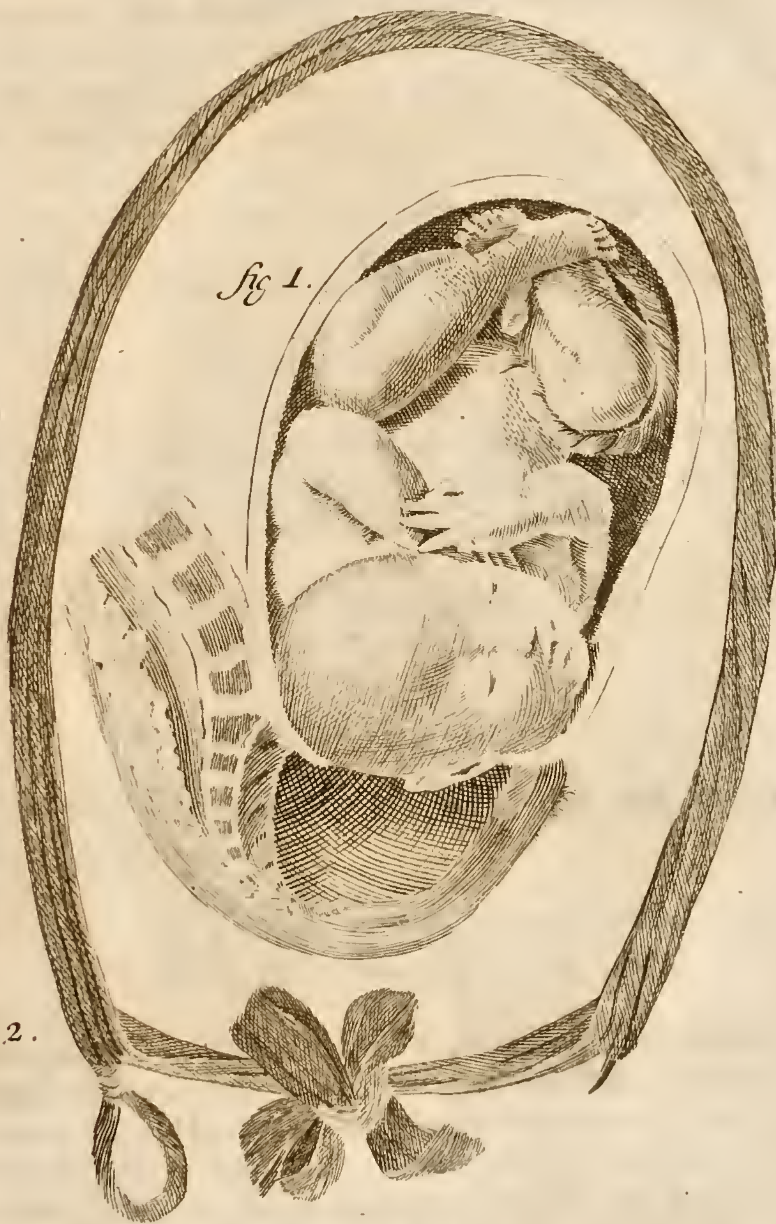
La cabeza presentada por su parte posterior pide el hacer bajar el vértice y levantar la nuca: lo primero se puede conseguir sin lo segundo cuando la parte que se presenta es la superior; pero no si se presenta por la nuca ó por la apófice transversa del occipital, en cuyos dos casos es necesario ir á buscar los pies y hacer por ellos la estraccion.

Si la cabeza presenta la parte superior posterior estando las orejas hácia el púbis y hácia el sacro, se acostará la paciente sobre el lado á donde mira el vértice, y se dejará obrar la naturaleza, porque ella suele terminar el parto; pero si se observa despues de algunos dolores que el vértice no baja, y que el occipucio se inclina cada vez mas hácia el lado, se introducirá la mano cuya palma corresponda al vértice, y se aplicará sobre la frente, adelantando los dedos hasta que hagan presa en el borde superior de las órbitas, que en esta situacion miran hácia arriba; y así tirando de la frente hácia un lado, se doblará la cabeza, y el vértice volverá hácia abajo, con lo cual quedará en la primera posicion ó en la segunda, segun á la parte que corresponda el vértice.

Lo mismo se ha de hacer aplicando la palanca sobre la frente, de modo que el estremo se fije en la raiz de la nariz, y obrando despues como cuando se quiere bajar y traer al centro el occipucio.

Cuando la cabeza presenta la parte dicha estando las orejas á los lados, se puede intentar el reducirla á la primera ó á la segunda posicion, ó dejar

Tam 14.





que obre la naturaleza despues de situar la parturiente de modo que cayendo el cuerpo del feto hácia la parte opuesta á la cabeza tire de ella, y deje mas en el centro el occipucio. Si hay dificultad en mejorar la situacion, se hará la estraccion por los pies; pues aún no se puede aplicar el forceps sin apartar el vértice del sitio donde se halla, y traerlo hácia abajo y hácia el centro.

ESPLICACION DE LA LÁMINA CATORCE.

Figura 1.ª

Esta figura representa un feto presentando al estrecho superior la parte media del lado derecho de la cabeza, teniendo el vértice atrás, y la barba adelante.

Por esta presentacion se inferirán las demás de las partes laterales de la cabeza.

Figura 2.ª

Sonda flexible de ballena cubierta con una cinta para formar lazos.

Del parto en que el feto presenta la parte lateral de la cabeza (lám. 14. *fig.* 1.ª)

El feto no puede presentarse en esta posicion sin estar recostado sobre los hombros, ó vuelta la cara de modo que la barba se apoye sobre alguno de ellos. De cualquier modo que sea puede tener la frente hácia los lados, ó hácia el púbis ó el sacro, y presentar al ege del estrecho superior la parte que está encima de la oreja, ésta ó el ángulo de la mandíbula inferior, y el correspondiente lado del cuello.

Esta posicion se conocerá por el tacto de la oreja

y las partes inmediatas, como el cuello, la frente &c.

La cabeza que presenta la parte lateral superior á la oreja, puede reducirse por el arte ó por la naturaleza á las cuatro posiciones del parto natural bajando el lado qne se halla en la parte superior hasta que se presente la parte media del vértice, y haciendo despues adelantar el occipucio como cuando se presenta la fontanela anterior.

Para que la situacion ayude á dar esta vuelta, se acostará la parturiente sobre el lado hácia donde cae la frente; pero si se intenta maniobrar se pondrá en la situacion ordinaria: no obstante que en los casos en que las maniobras son compuestas, ó que necesitan dos mutaciones, solo se deben intentar cuando no se ha podido sacar el feto por los pies

Cuando la cabeza se presenta por la oreja ó por mas abajo, se hará la estraccion por los pies.

Del parto en que el feto presenta la parte anterior ó la posterior del cuello.

El feto puede presentar la parte media posterior del cuello, la superior junto á la nuca, ó la inferior inmediata á la espalda. De cualquiera de estos tres modos que se presente se debe hacer la estraccion por los pies, como cuando se presenta por la nuca.

El que el feto presenta la parte anterior del cuello, y que ésta llegue á entrar y detenerse en la escavacion de la pelvis, parece tan imposible que á no hallarse algunas observaciones de autor conocido (1) que la acrediten, se podia tener por posicion imaginaria. No obstante, suponiéndola posible, y siguiendo el egemplo de este observador, se intentará buscar los pies, y si se tiene la fortuna que él no tuvo, de llegar á encontrarlos, se hará por ellos la estraccion. Si no se puede llegar á los pies, se procurará levan-

(1) La Motte, obs. 550, 551, nuev. edic.

tar el pecho y traer la cara á la escavacion, y en estándolo se procederá como cuando esta parte se presenta delante, y el arte tiene que terminar el parto, no dejándolo á la naturaleza sino en mugeres robustas, animosas, que tienen dolores fuertes, y una pelvis no menos capaz que las bien conformadas, como en las observaciones citadas.

De la estraccion de la cabeza separada del cuerpo.

Este accidente no puede suceder sino en los partos de pies, y las mas veces acontece por falta de conocimiento en las comadres de poca esperiencia que quieren terminar por sí el parto, ó que por cansancio de algun profesor continúan operando, segun le sucedió á La Motte (1); y á mi me hubiera sucedido despues que por cansado dejé á un compañero concluir la estraccion de un feto entregándole los pies fuera de la vulva, pues cuando habia sacado los brazos, le oigo decir que tenia el cuello muy largo; y sospechando lo que era, antes de menearme del sitio adonde me habia retirado á descansar, prorrumpí en una voz mas alta que mi comun modo de hablar, no tirar mas, con lo que cesó cuando la cabeza estaba solo unida al cuerpo por los tegumentos y algunos músculos de la parte posterior. Mientras se fueron á buscar los ganchos y el forceps para servirse de alguno de estos instrumentos, pidió la muger la dejáran acostarse de lado, y habiéndose echado sobre el derecho, la cabeza salió por sí misma.

Este hecho confirma que los hombros pueden estar bien situados en el estrecho inferior sin que la cabeza lo esté en el superior. Por esta razon nunca se tirará del cuello hasta reconocer que la cabeza se presenta bien al estrecho superior, que su volúmen es proporcionado para pasar por él; que el orificio del útero no está contraido espasmódicamente, ni la ca-

(1) Id. obs. 275, 276.

beza detenida en algun saco particular de la matriz (1), y que el feto no está macerado, que son las ocasiones en que tirando con fuerza se arranca la cabeza del tronco, y se queda en la matriz.

Los mas de los autores han mirado estos casos por muy peligrosos para las parturientes, y muchos han inventado máquinas con que sacarla entera, otros con que deshacerla para sacarla en pedazos. Algunos quieren que se cometa la espulsion á la naturaleza, y otros mas prudentes, dice Jacobs (2), prescriben las reglas que les parecen mas conformes para sacarla.

Algunos antiguos proponen el arrojarla á fuerza de comprimirla por el vértice. Pareo propone el pie de grifo. Mauriceau pensó sacarla con su sacacabezas. Amand con una bolsa con jareta, y Levret con su forceps de tres brazos (3). Estos se proponian sacarla entera; pero viendo otros que esto no es siempre asequible, y que la cabeza muy abultada no puede salir entera, han ideado con que romperla. Mauriceau quiere que se rompa con un cuchillo cubierto, y se saque con su sacacabezas. Ould prefiere para esta operacion su trépano cubierto: Simpson su anillo y escalpel: Smellie las tigeras largas con tope (lám. 11. *fig.* 7ª): La Motte las tigeras y un gancho introducido por la abertura que con ellas se haya hecho. Deventer dice, que la rotura del cráneo se puede hacer con un cuchillo cualquiera, cubriéndole la hoja, Pareo y Gillemeau espresan que la hoja del cuchillo sea tan corta que al introducirla se pueda ocultar en la palma de la mano. Burton se inclina á hacer la estraccion y la abertura con su estractor. Baudelocque se contenta con que para hacer la dilatacion se cubra la hoja del cuchillo, y se le ponga un boton de cera en la punta.

(1) Acta Societ. Medic. Hauniens. vol. 2. *pag.* 198.

(2) *Pag.* 388.

(3) El Doctor Lauder manifiesta en sus lecciones un forceps de tres brazos, cada uno sujeto á la tercera parte de un mango, el cual queda cilíndrico despues de aplicados los brazos.

Antes de hacer eleccion de los instrumentos para sacar la cabeza, se ha de ver si la naturaleza podrá pronto arrojarla, lo cual dependerá del estado de las partes de la generacion, de los accidentes que padece la paciente, de la capacidad de su pelvis comparada con el volúmen de la cabeza del feto.

Si las partes de la generacion están inflamadas, se dejará obrar á la naturaleza sin pasar á la estraccion, hasta minorar la inflamacion con los medicamentos apropiados, é igualmente no se hará cosa que irrite el orificio del útero si está contraido espasmódicamente.

Cuando no hay alguna causa que obligue á hacer luego la estraccion, se puede cometer á la naturaleza la espulsion de una cabeza pequeña respecto de la capacidad de la pelvis, pues ella la ha solido arrojar al otro dia, como lo han observado Plenck (1) y Smellie (2) algunas veces.

La cabeza separada del cuerpo cuesta mas trabajo á la naturaleza el arrojarla, y al arte sacarla, y así en viendo que aquella tarda un poco en echarla füera, es mas seguro sacarla que esperar á que se macere y salga por sí entera ó en pedazos, como se ha visto alguna vez; porque para uno de estos casos felices hay muchos en que las pacientes han muerto antes de arrojar la cabeza ó poco despues.

Suponiendo, pues, que se ha de sacar, para determinar el modo se ha de atender á su proporcion con la pelvis y á su posicion. Si su volúmen es mayor que la cavidad de la pelvis, no se intentará sacarla entera, y así se pasará luego á romper el cráneo, vaciar el celebro y sacar el resto.

Cuando la cabeza es regular, pero se presenta mal, se volverá para sacarla con la mano si es posible, y si no con los instrumentos.

La mejor posicion para sacarla con la mano es en la que presenta la mandíbula inferior, ó la base del crá-

(1) Elem. art. obstet. *pag.* 204.
(2) Colec. 36. caso 6.

neo, pues en uno y otro caso se puede introducir el dedo pulgar en el grande agujero del occipital, y los otros en la boca lo mas adentro que sea posible. Sujeta la barba con esta especie de ganchos ó pinzas naturales se traerá á la escavacion de la pelvis, y conforme vaya bajando se le dará la vuelta necesaria para que la barba corresponda á la horquilla, y la nuca al arco de los púbis, que es la mejor posicion para que salga del estrecho inferior.

Esta maniobra no es arriesgada para la paciente, porque las puntas de los dedos, estando cubiertas las uñas, no pueden lastimarla. Al mismo tiempo comprimiendo la barba, ésta se acerca á la nuca, y se disminuye el volúmen. Tambien se hace mas fuerza, y las partes no se rompen tan facilmente como tirando de la mandíbula inferior solamente, que es lo que se puede y debe hacer cuando no se halla descubierto el agujero del occipital.

Si tirando de la mandíbula solamente, ó de ésta y del occipital, se rompen y no es posible sacar la cabeza entera, es necesario romperla, como cuando por sí es desproporcionada.

La mayor dificultad para perforar el cráneo es fijar la cabeza cuando está muy movible, ó hacer que presente el vértice si se ha fijado en otra posicion.

Los mas, siguiendo á Celso, aconsejan el comprimir la cabeza con las manos de un ayudante aplicadas sobre el vientre de la paciente, de modo que se mantenga firme sobre el estrecho superior. Baudelocque dice que se mantenga fija con la mano que se introduce para dirigir el instrumento con que se ha de perforar el cráneo, lo cual solo podrá conseguirse cuando la cabeza no está muy flotante en la matriz.

El que la cabeza mude facilmente de situacion indica que la matriz no se ha contraido, y es muy de temer que tampoco se contraiga despues de sacada la cabeza. Por esto luego que la cabeza se tenga bien presentada por el vértice, se aguardará para romper-

la á que la matriz se contraiga. Esta contraccion ayudará á mantenerla fija, de modo que no será necesario comprimirla tanto por el vientre.

Cuando se considere á la matriz suficientemente contraida, se introducirá una mano, y con ella se dirigirá el instrumento que se tenga prevenido, guardándose de que el corte ó la punta hieran á la paciente. Luego que se haya fijado la punta del instrumento en la sutura sagital ó en alguna de las fontanelas, se adelantarán los dedos de la mano hácia la parte opuesta para resistir el instrumento al tiempo de perforar el cráneo. Luego que se haya metido la punta en lo interior, se cubrirá con los dedos la parte hácia donde se ha de dirigir el corte para hacer una abertura capaz de introducir por ella dos ó tres dedos. Antes de retirar el instrumento se harán con él varios cortes en la substancia del celebro para romper los septos que forman las meninges, y facilitar la estraccion de la substancia celebral.

Hecho esto se retirará el instrumento con las precauciones con que se introdujo, y metiendo los dedos por la abertura, se vaciará la substancia del celebro, despues se comprimirán los huesos con toda la mano, aproximándolos unos á otros para disminuir el volúmen total de la cabeza.

Para sacarla con la mano se introducirán por la abertura los cuatro dedos que están paralelos, y cerrando despues la mano se cogerá un gran puñado de huesos y tegumentos, sobre los cuales se apoyará el dedo pulgar para sostener la flexion de los otros, y evitar el que se escape la porcion que han cogido. Si no obstante se les escapa ó no es suficiente la fuerza de la mano, se ayudará con un garfio clavado en las órbitas ó en el occipucio.

Si la cabeza se deshace al sacarla, se tendrá cuidado de cubrir las puntas de los huesos al estraerlos para que no hieran á la paciente. Estos huesos se irán juntando á fin de reconocer cuando han salido todos, y escusar el introducir la mano otra vez.

Baudelocque (1) aconseja el que se hagan inyecciones de agua tibia para sacar con ella las porciones de substancia celebral que pueden haber quedado en la matriz; pero esto se ha de hacer inmediatamente que salga por sí ó se estraiga la placenta, y no hay necesidad de repetirlo.

Cuando no hay algun síntoma urgente para sacar la cabeza inmediatamente despues de vaciado el celebro, se puede aguardar un poco á ver si la naturaleza la espelé, como dice Vergio que lo ha visto muchas veces (2).

La aplicacion del forceps es tan dificil en estos casos, que si la cabeza no está en la escavacion de la pelvis, es de temer que para sujetarla una vez, de modo que no se escape, será necesario aplicar inútilmente el instrumento veinte, segun dice Baudelocque (3); no obstante se debe intentar su aplicacion.

No es menos dificil la aplicacion del forceps de tres brazos, y seguramente hay mas riesgo de herir á la paciente al tiempo de correr los brazos para formar el trípode que envuelve y sujeta la cabeza.

La cabeza puede separarse del cuello estando ya en la escavacion, y en este caso es mas facil la estraccion, porque á mas de los modos espresados para sacarla cuando no ha penetrado el estrecho superior, se puede aplicar el forceps y la palanca, en la misma forma que en los casos en que no se ha separado del tronco.

Del parto en que el feto presenta el pecho, teniendo la cabeza en un lado y el vientre en otro.

Si atendemos á los movimientos mas libres que tienen la cabeza, el tronco y las estremidades inferiores, parece lo mas facil y natural que cuando el fe-

(1) *Tom.* 2. *pag.* 175.
(2) Citado de Plenck. *fol.* 203.
(3) *Tom.* 2, *pag.* 182.

to presente el pecho, la cabeza se halle echada sobre la espalda; que las piernas se doblen sobre los muslos, y éstos sobre el vientre; no obstante, se observan no pocos casos de matrices pequeñas, en que el feto presenta el pecho, y los pies se hallan vueltos sobre la espalda hasta tocar á la cabeza, estando ésta un poco echada hácia atrás, como se puede ver en la *fig.* 1ª de la lámina 17 de Jacobs.

Regularmente no se distingue bien esta posicion tactando con un dedo solo, y es menester introducir toda la mano para tocar el cuello, los hombros, todo el esternon, y el arco que forma el cartílago de las costillas, por cuya concavidad se conocerá hácia donde está el vientre. Además es menester imponerse del modo con que se hallan los pies, para hacer un pronóstico mas arreglado pues cuando los muslos están doblados sobre el vientte, es facil sacar el feto por los pies, y dificil si los pies se hallan detrás tocando la cabeza, especialmente si ha tiempo que se han derramado las aguas.

Suponiendo que los muslos están doblados sobre el vientre, se introducirá la mano que corresponde al lado donde él se halla; hasta llegar á encontrar los muslos, por los cuales se correrá, y cogiéndolos por las corvas se comprimirán sobre el vientre á fin de dar lugar para estender un poco las piernas, y traer los pies á la pelvis de una ó de dos veces. Despues se pasará la mano á las corvas, y sujetándolas con los cuatro dedos, se traerán á la escavacion, levantando al mismo tiempo el pecho con el dedo pulgar. Si la fuerza del dedo espresado no es suficiente para levantar el pecho, se pasará un lazo sobre los tobillos, é introducirá la otra mano para levantarlo, mientras se tira de los pies por la cinta hasta dejarlos fuera de la vulva: entonces se quitará la cinta, y se terminará el parto como en los casos en que salen los pies delante.

Para que la situacion ayude al buen éxito de esta maniobra, se tendrá á la paciente acostada sobre

el lado en que se halla la cabeza del feto hasta que salgan los muslos, y entonces se puede volver á la posicion mas comun ó dejarla acostada, pues de cualquier modo se podrá concluir el parto.

Cuando los muslos están echados sobre la espalda, y los pies tocando al occipucio, se procurará buscarlos y doblar la pierna, con lo cual quedarán los talones tocando á las nalgas, y empujando éstas hácia el lado opuesto dejarán lugar para doblar los muslos sobre el vientre. Entonces se concluirá la estraccion como en el caso antecedente.

Si no es posible doblar las piernas y los muslos, se aplicará la mano sobre el pecho, de modo que el dedo pulgar caiga en un sobaco, y los demás en el otro. Con la mano así aplicada, se empujará el pecho hácia arriba y hácia el lado donde se halla la cabeza, á fin de presentar el vientre para terminar el parto como cuando el feto presenta esta parte.

Jacobs quiere que se vuelva el pecho hasta poner el feto acostado sobre un brazo, sacar éste, y que despues se termine el parto como cuando se presenta de lado. Aun de este modo le parece que habrá casos en que no se conseguirá la estraccion, y entonces aconseja el bautizar la criatura, y esperar á que se muera, y vaciar el pecho para sacarla (1), si con la muerte no se pone flácido, y dá lugar para buscar los pies.

La esperiencia me ha manifestado que no es imposible terminar estos partos sin deshacer la criatura, cuando está muerta, no es monstruosa, y la pelvis de la parturiente no es menor que las bien conformadas. En la plazuela del Hospital Real de Cádiz asistí á una panadera, que habia cuatro dias tenia la criatura presentada por la mucronata, y cuya situacion no fué posible mudar, porque no pude pasar la mano mas que hasta el costado, tanto por un lado como por el otro. Esto me determinó á intentar el pa-

(1) Véase el *fol.* 244.

sar una cinta por la espalda, y formar con ella un lazo escurridizo. Al tirar por él, la cinta resvaló de las costillas, y se fijó en los lomos, de modo que toda la fuerza obraba sobre ellos, y sobre el vientre, y así se desenclavó el pecho, pude llegar á los pies, y terminar por ellos el parto.

Para evitar el que al tirar de la cinta rozase ésta sobre las partes de la paciente y le hiciera daño, aseguré el estremo inmediato al lazo con la mano derecha que me habia servido para formarlo, y lié los cabos al antebrazo correspondiente. Despues con la izquierda afianzé la muñeca de la otra, á que tenia liada la cinta, y tirando así obraba con las dos manos sin que la cinta quedara descubierta, y sin riesgo de lastimar á la paciente, la cual á los nueve dias hacía las haciendas de su egercicio.

Del parto en que el feto presenta el pecho, teniendo el vientre y la cabeza hácia el púbis ó hácia el sacro.

Las señales para conocer que la criatura presenta el pecho son las mismas en esta posicion que en la antecedente; pero en ésta la matriz y el vientre de la muger se hallan mas inclinados hácia adelante y hácia abajo. Tambien es mas dificil pasar los pies por entre el pecho y el púbis ó el sacro, que por entre el pecho y los ílios; por lo cual se procurará volver la cabeza hácia el lado que parezca mas facil, para dar mas lugar á poder sacar los pies. Para ésta maniobra es indiferente introducir una ú otra mano; por lo que el operador podrá servirse de la en que tenga mas fuerza ó mayor destreza.

La situacion de la paciente, y una mano aplicada al vientre pueden contribuir á facilitar y abreviar la operacion.

Cuando el feto está muerto, será mas seguro para la madre vaciar el pecho y el vientre, que molestarla con tentativas forzadas y violentas para sacarlo entero.

Del parto en que la criatura presenta el ombligo teniendo el pecho y los muslos á los lados.

(Lám. 16 *fig.* 1ª)

Antes de romperse las membranas se conocerá que el feto presenta el ombligo en la molicie de la eminencia que forma en la vagina, y tal vez por el tacto del origen del cordon umbilical.

Luego que se observen constantemente estas señales, si el orificio del útero se halla suficientemente dilatado, se romperán las membranas, y se irán á buscar los pies con la mano que corresponde al lado donde se hallan los muslos, que es por donde han de traerse, y entrar en la pelvis. Esta maniobra es facil cuando las piernas y los muslos están doblados, y además se logra el llegar antes que se rompan las membranas; pero es dificil si éstas ha mucho tiempo que se han roto, y si los pies se hallan detrás tocando á la cabeza, como se manifiesta en la lámina 33 de Smellie, en la *fig.* 2ª de la 17 de Jacobs, en la *fig.* 28 de Deventer, y en otros.

Por lo comun el cordon umbilical se presenta en la vagina ó sale de la vulva. En el primer caso se puede reponer facilmente, y conservarse dentro, lo cual es dificil en el segundo; no obstante, se puede intentar una vez; pero en viendo que vuelve á salir, se envolverá en algun fomento caliente, ligeramente aromático para conservar la circulacion, mientras se ván á buscar los pies para terminar el parto.

Al introducir la mano se cuidará que el cordon quede del lado del pecho, y que los pies salgan por entre el cordon y las paredes de la pelvis, y no por entre el pecho y el cordon, porque entonces podrá éste violentarse y romperse por junto al ombligo.

Si no es posible llegar con la mano á los pies, se procurará volver el feto de modo que el vientre mire al púbis. Para ello se introducirá la mano por de-

Lam 16.









trás del feto hasta llegar á la cadera que corresponde á la parte posterior; sobre ella se apoyarán los cuatro dedos, y el pulgar se pasará sobre la del otro lado. Con los dedos apoyados sobre la cadera que está posterior, se tirará de ella hácia abajo, y al mismo tiempo con el dedo pulgar se empujará hácia arriba la cadera que está delante; con lo que el ombligo que se hallaba hácia abajo se pondrá delante, y quedará mas espacio para introducir la mano hasta los pies.

Cuando el feto que se presenta por el ombligo tiene una hidropesía de vientre ó de pecho, ante todas cosas se le hará la puncion, con lo cual quedará un espacio regular para volverlo sin dificultad.

ESPLICACION DE LA LÁMINA DIEZ Y SEIS.

Figura 1ª

Un feto presentado al estrecho superior por medio del vientre, con el cordon umbilical fuera, las estremidades superiores hácia el lado izquierdo, y las inferiores hácia el derecho.

Por esta presentacion se deducirán las demás del vientre.

Figura 2ª

Un feto presentando la parte media posterior de la espina, teniendo los hombros á la derecha, y las nalgas á la izquierda.

Esta figura servirá de índice para las demás presentaciones del tronco por detrás, por el pecho ó por los lados.

Del parto en que el feto presenta el ombligo teniendo el pecho hácia el púbis ó hácia el sacro.

Las señales de esta posicion, y las maniobras que exige son las mismas en la substancia, que las de la

antecedente, pues solo se distingue de ella en que el vientre se halla en ésta inclinado hácia delante, lo cual dificulta mas el poder llegar á los pies, y el traerlos á la pelvis por detrás del púbis ó por delante del sacro.

Algunos quieren que se vuelva un poco el cuerpo para que las estremidades inferiores pasen con menos dificultad á la pelvis, y así se podrá intentar esta mutacion, cuando sin ella no se pueden sacar los pies. Al sacarlos se ha de cuidar que ámbos pasen por un lado del cordon umbilical, porque si queda entre las piernas, será necesario pasar una por entre el cordon y la otra, ó cortarlo si su longitud no lo permite, pues de lo contrario puede romperse junto al ombligo, desprender la placenta ó invertir la matriz.

Ya queda espuesto como se pueden terminar los partos en que el feto presenta las partes de la generacion, que es lo mas bajo del tronco anteriormente. Las posiciones intermedias, aunque pueden ser muchas, se tratarán como la mas inmediata de las tres principales, y así se procederá como cuando presenta el pecho, en presentando la paletilla; como cuando presenta el ombligo, siempre que se presente por cualquiera punto entre él y la paletilla ó el púbis; y como cuando se presenta de nalgas, en presentando alguna parte de las entre el púbis y lo esterior del coxis.

Del parto en que el feto se presenta por entre los omóplatos teniendo la cabeza hácia los lados.

Esta posicion se conocerá examinando bien con el dedo toda la circunferencia de la parte que se presenta, pues se tocará un hombro hácia delante, y otro hácia atrás, el cuello á un lado, y el resto de la espina al otro.

En todas las presentaciones de la parte posterior del tronco las mas veces los muslos están sobre el vientre, y las piernas estendidas tocando con los pies á los hombros ó á la cara. Algunas las piernas se ha-

llan dobladas, é igualmente los muslos y el tronco, de modo que las rodillas tocan á la cara.

En cualquiera de estas posiciones se ha de hacer la estraccion por los pies, y éstos se han de llevar á la pelvis pasándolos por delante del pecho si las piernas están estendidas, y por detrás de las nalgas, si están dobladas.

Para ir á buscar los pies se introducirá la mano que corresponde al lado donde ellos se hallan por entre el feto y la union del ílion con el sacro, y siguiendo con ella lo largo del costado hasta los muslos, se asirá el pie de aquel lado, si no se puede mas. Al tiempo que se tira de la pierna sujeta con los cuatro dedos, se procurará empujar con el pulgar las nalgas hácia delante y hácia arriba, para que pueda pasar con menos dificultad.

En dejando un pie en la escavacion, se irá por el otro, y estando iguales, se acabarán de sacar juntos, cuidando de pasarlos entrámbos por el mismo lado del cordon, para evitar los inconvenientes que se han espuesto en la posicion anterior.

Del parto en que el feto se presenta por entre los omóplatos, teniendo la cabeza hácia el púbis, ó hácia el sacro.

Estas dos posiciones se conocen por las mismas señales que las dos antecedentes, escepto la situacion de la cabeza y de los hombros.

Para pasar á buscar los pies se introducirá cualquiera de las manos, y cuando se hayan de traer por delante del sacro convendrá que la parturiente se sitúe de modo que su vientre esté hácia abajo para que la matriz se aparte de la espina; y al contrario, se pondrá boca arriba y las nalgas levantadas cuando los pies han de pasar por detrás del púbis.

Si del modo dicho no se puede llegar á los pies, se volverá el tronco tirando del hombro que corresponde atrás con los dedos afianzados en lo mas alto

del brazo, la palma de la mano sobre el omóplato, y el dedo pulgar detrás del otro omóplato, para que al tiempo que con la palma se levanta el cuerpo, con los dedos se llame hácia abajo el hombro que corresponde al sacro, y con el pulgar se eche hácia arriba el que mira adelante. Con esta mutacion el tronco queda de lado, y deja mas lugar para introducir la mano y sacar los pies.

Cuando no se puede poner el feto de lado maniobrando como se ha dicho, se conseguirá sacando el brazo que corresponde al hombro que se halla detrás, y pasando inmediatamente á sacar los pies antes que la matriz se acomode exactamente á la nueva posicion que se le ha dado al feto.

Del parto en que el feto presenta la parte media de la espalda, teniendo los hombros y la rabadilla á los lados. (Lám. 16. *fig.* 2.ª)

Esta posicion se conoce dificilmente antes de romperse las membranas; no obstante podrá sospecharse con fundamento cuando el volúmen del vientre de la muger es mayor hácia los lados, y en uno de ellos se percibe la eminencia que debe formar la cabeza del feto. Los dolores se sienten mas hácia los lados, la muger no siente que los dolores se dirigen al empeyne, y terminan en la pelvis, como en los partos naturales; el orificio del útero se toca mas ovalado, y las membranas forman una bolsa aplanada.

Estas señales son casi comunes á esta posicion y á la del vientre, de la cual se distinguirá en que cuando se presenta el vientre el tumor que se toca en la vagina es blando, llena exactamente la circunferencia del estrecho superior, el orificio del útero se toca mas bajo porque el vientre puede adelantarse mas que la espalda en la escavacion.

Como en ámbos casos conviene igualmente aprovechar la hora en que se rompen las membranas luego que se noten las señales referidas, y el orificio del

útero se halle suficientemente dilatado, se romperán las membranas, y se introducirá la mano que corresponde al lado en que se halla la rabadilla para buscar los pies y sacarlos por detrás. Si no hay espacio suficiente para ello, se procurará volver las caderas, como se dijo de los hombros en el caso antecedente.

Cuando la parte que se presenta está mas cerca de la rabadilla que del cuello, es mas facil y seguro sacar los pies por detrás del cuerpo, especialmente si las piernas están dobladas sobre los muslos, y éstos sobre el vientre; porque en este caso los pies se encuentran mas pronto, y el lado de la matriz se halla menos ocupado. Por esta razon cuando el feto se presenta por medio de la espalda, ó por algun otro punto mas inmediato á la parte superior, y hay dificultad en sacar los pies, se procurará levantar la parte que se presenta y acercar la rabadilla al centro de la escavacion.

Para hacer esta mutacion se introducirá la mano á lo largo de la espalda del feto hasta que los dedos se doblen sobre las partes de la generacion, teniendo la palma sobre el coxis y parte del sacro, y el pulgar sobre la parte esterna del ílion que corresponde adelante. Con la palma de la mano se levantará la parte posterior inferior del tronco, la cual se traerá al mismo tiempo hácia el centro con los dedos que se han adelantado hácia el púbis de la criatura

Apartada la espalda del estrecho superior, y aproximada la parte inferior del tronco al centro, se buscarán los pies y se traerán á la pelvis. En estando en ella los dos pies se tirará de ellos al mismo tiempo, ó del uno despues del otro hasta sacarlos fuera. Si la espalda no dá lugar para que salgan las rodillas, se sujetarán los dos muslos por las corbas con los cuatro dedos, y con el pulgar se levantará la espalda al mismo tiempo que se tira de las rodillas. Si esto no basta, se enlazarán los pies, y mientras se tira de ellos por la cinta, se levantará la espalda con la otra mano.

Del parto en que el feto presenta la parte media de la espalda teniendo los hombros y la rabadilla hácia el púbis ó hácia el sacro.

En esta posicion la matriz está inclinada hácia adelante, y en esta parte se toca la eminencia de la cabeza, que en la posicion antecedente se hallaba en un lado. Las demás señales y las indicaciones son las mismas; aunque las maniobras no son tan faciles de egecutar por ser menor el diámetro anteroposterior del estrecho superior, y tener que introducir por él los pies en la escavacion. Por esta razon se intentará volver hácia un lado la parte superior ó la inferior del tronco para reducirlo á la posicion antecedente, y terminar el parto como queda dicho.

Del parto en que el feto presenta la rabadilla, teniendo las estremidades inferiores á un lado, y la espalda al otro (lám. 15. *fig.* 1ª).

Antes de romperse las membranas se sospechará que el feto se presenta por la rabadilla en que la mayor parte del volúmen del vientre de la parturiente se toca en un lado, y el otro se halla casi vacío en su parte inferior.

La naturaleza puede terminar este parto si el feto no es muy abultado ó la pelvis estrecha, reduciéndolo al parto de nalgas; por lo cual cuando se notan las señales dichas antes de romperse las membranas, se mandará acostar á la paciente sobre el lado en que se consideran los pies de la criatura, á fin de que la cabeza cayendo hácia él lleve el tronco hácia arriba, y el coxis se presente en medio del estrecho superior, lo cual se conocerá en lo que el vientre ha mudado de figura; entonces se romperán las membranas, y reconocida mejor la situacion, se procederá segun ella exija.

Si despues de estar la muger acostada como se ha

Lam. 15.









dicho, no se observa mutacion favorable, se romperán tambien las membranas, y sin mudar de situacion se introducirá la mano que corresponde al lado donde se hallan los pies, se buscarán éstos, y se sacarán por detrás.

Si hay dificultad en traer los pies á la pelvis, se levantará la rabadilla con la palma de la mano, y al mismo tiempo se traerá con los dedos, adelantándolos sobre las nalgas, y la parte inferior del tronco hácia el centro del estrecho superior. Inmediatamente se pasará por los pies, y se terminará por ellos el parto, atendiendo á que en todas las posiciones transversales las caderas se presentan por sí mal, y es menester volverlas para que su mayor diámetro corresponda al mayor del estrecho superior.

ESPLICACION DE LA LÁMINA QUINCE.

Figura 1ª

El feto presentado de nalgas con los muslos hácia el lado derecho, y la espalda hácia el izquierdo.

Esta figura servirá de guia para las demás presentaciones de nalgas.

Figura 2ª

Esta figura representa una mano con un lazo, del modo como se conduce para aplicarlo al pie de la criatura cuando aún está dentro.

Del parto en que el feto presenta la rabadilla teniendo las estremidades inferiores, y el cuerpo hácia delante ó hácia atrás.

La naturaleza puede terminar mejor este parto que el antecedente; y así cuando los pies caen hácia de-

lante, convendrá poner la parturiente boca abajo sostenida sobre los codos y las rodillas, y boca arriba con las nalgas levantadas, si los pies caen hácia atrás.

Si con la situacion no se mejora la posicion de la criatura, se romperán las membranas, y se introducirá cualquiera de las manos por delante del sacro si los pies se hallan hácia esta parte, y por detrás del púbis si miran hácia él. En llegando á sujetar los pies se traerán á la pelvis por el sitio á que corresponden. Cuando no hay espacio suficiente para introducir la mano y traer los pies, se empujará la parte inferior del tronco hácia arriba, y al mismo tiempo se traerá hácia el centro, maniobrando como en el caso antecedente.

Cuando no hay síntomas que obliguen á concluir pronto el parto, se puede cometer á la naturaleza despues de haber situado la criatura como en el parto de nalgas.

En siendo necesario terminar luego el parto, se buscarán y sacarán los pies, teniendo presente que los hombros y las caderas se presentan por sí en buena situacion; y así no hay mas cuidado que el situar igualmente bien la cabeza.

Del parto en que el feto presenta uno de los hombros, teniendo la cabeza en un lado.

Cuando el feto presenta el hombro derecho y la cabeza se halla en el mismo lado, el pecho y el vientre miran adelante, y atrás cuando la cabeza ocupa el lado izquierdo. Cuando se presenta el hombro izquierdo, y el vientre cae hácia adelante, la cabeza se halla en el mismo lado; y si está en el derecho, el vientre cae atrás.

Aunque la naturaleza ha terminado algunas veces los partos en que la criatura ha presentado uno ú otro hombro, segun se refiere en los tomos 63 y 65 del Diario de Medicina de París, atendiendo á que de cada treinta criaturas de las nacidas de este modo solo una

nació viva, será mas seguro aprovechar la ocasion favorable para sacar por los pies el feto que presenta un hombro. Á este fin luego que se rompan las membranas, se introducirá la mano que corresponde al lado donde se halla el tronco, siguiendo lo largo del pecho y vientre hasta los pies. Encontrados éstos se traerán á la pelvis de una ó dos veces pasándolos por el pecho. Si hay alguna dificultad en pasar las rodillas, se tirará de los pies con una mano mientras con la otra se levanta y aparta el hombro. Alguna vez se necesita hacer esta mutacion para introducir la mano, porque el hombro empujado por las fuerzas espulsivas, llena exactamente la circunferencia del estrecho superior.

El que el feto presente un hombro teniendo la cabeza en un lado no es frecuente; pero lo es menos el que presentando un hombro, la cabeza se halle delante sobre los púbis, ó detrás sobre el sacro. No obstante si se observa esta posicion se sacará el feto introduciendo la mano, cuya palma mire al vientre, y trayendo los pies por delante del pecho.

Cuando esto no se puede conseguir, se procurará inclinar la cabeza á un lado para reducir esta posicion á la antecedente.

Jacobs propone la presentacion del feto por el sobaco; y aunque cita la figura que representa esta posicion, conociendo que no la espresa bien, advierte que el grabador no supo pintar el centro del sobaco en el del estrecho superior; pero yo creo que esto es casi imposible: y así lo que podrá presentarse del sobaco será uno ú otro borde de la axila. Si se presenta por el borde anterior, se procederá como cuando presenta el pecho, y si se presenta el posterior como cuando presenta la parte superior de la espalda.

Del parto en que el feto presenta la parte media lateral del tronco.

El feto puede presentarse igualmente por la parte media del lado derecho que del izquierdo, y por cualquier lado que se presente podrá tener el vientre delante ó detrás, á la derecha ó á la izquierda, que todo compone ocho posiciones.

Cualquiera de estas posiciones se conocerá tocando el sobaco, y el orígen del cordon umbilical, pues aquel denota donde se halla la cabeza, y éste á dónde corresponde el vientre, por los cuales se deducirá el lado que se presenta, y de que modo.

En todas estas posiciones se ha de terminar el parto por los pies, introduciendo para ello la mano que corresponde al vientre cuando éste cae á los lados, y cualquiera de las dos cuando mira al púbis ó al sacro. Los pies se traerán á la pelvis por delante del pecho, si las piernas están estendidas, cuidando el pasarlas por un lado del cordon umbilical. Sacados los pies se continuará la estraccion segun las reglas generales.

Del parto en que el feto presenta la parte esterna del ílion.

La naturaleza puede terminar este parto si los muslos están doblados bien sobre el vientre, reduciendo esta posicion á la de nalgas. Para esto se situará la paciente de modo que la cabeza se incline al lado opuesto al en que se ha de volver la parte que se presenta para quedar de nalgas. Tambien puede contribuir á esta mutacion el dirigir con una mano aplicada sobre el vientre la cabeza hácia un lado, y la parte inferior del tronco con la otra hácia el contrario.

El menor bulto del vientre en el lado en que se hallan los pies determina sobre el que se ha de acostar la muger, é igualmente la situacion mas propia para maniobrar hasta que salga la parte inferior de los muslos.

Cuando los pies caen hácia adelante ó hácia atrás, se puede reducir á la posicion de nalgas introduciendo una mano hasta enganchar los dedos en la parte anterior del ílion que cae encima, y tirando con ellos hácia el lado por donde se ha introducido la mano.

Si se consigue el que el feto se presente de nalgas, se procederá como en estos casos, y no se hará la estraccion por los pies.

Del parto en que el feto presenta las estremidades superiores.

La estremidad presentada puede ser la derecha ó la izquierda, y cada una puede presentarse por el hombro, que es la parte superior, por el codo que es la media, y por la mano que es la inferior. De la presentacion por el hombro hemos tratado por ser parte comun al brazo y al tronco, y así solo nos queda esponer cómo se ha de tratar el parto cuando el feto presenta el codo, ó la mano.

Del parto en que el feto presenta una mano.

Se distinguirá por el tacto el pie de la mano en que ésta solo tiene cuatro dedos paralelos, es menos gruesa, mas ancha y llana que aquel.

Para conocer si la mano que se presenta es la derecha ó la izquierda, se ha de distinguir si viene delante de la cabeza, si el brazo está delante del pecho ó detrás de la espalda, y finalmente si viene directamente hácia la estremidad inferior del mismo lado, todo lo cual se determinará tocando y conociendo las partes que están inmediatas á la mano.

Suponiendo que la mano viene delante de la cabeza, la mano derecha presentará la palma al lado derecho, y el dedo pulgar corresponderá al lado izquierdo de la cabeza si la palma mira hácia la cara. Lo mismo sucederá con la mano izquierda, cuando ésta se presente delante en el lado izquierdo.

Para que el feto presente la mano derecha, estan-

do el brazo delante del pecho ó detrás de la espalda, es menester que el feto se halle sobre el lado opuesto, la cabeza al izquierdo, y el vientre hácia delante, ó bien la cabeza hácia el lado derecho y el vientre hácia atrás. Cuando el feto presenta la mano izquierda, la cabeza ha de corresponder al lado derecho y el vientre adelante, ó éste atrás, y aquella al lado izquierdo.

En presentándose la mano por el mismo lado del brazo á que corresponde con las puntas de los dedos hácia abajo, el sitio á donde se hallan el dedo pulgar, la palma de la mano, el dedo pequeño, y dorso junto con el lugar que ocupa la cabeza, darán á conocer la mano que presenta.

Determinado que el feto presenta la mano, y que la cabeza viene tras ella, se procurará detener ó retirar la mano para que la cabeza entre primero en la escavacion, y si esto se consigue se procederá segun las presentaciones de la cabeza.

Si no se puede impedir que la cabeza y la mano entren juntas en la escavacion, se dejarán bajar, y que obre la naturaleza. Cuando la cabeza con la mano llegan á encallarse, el parto se terminará como si la cabeza sola estuviera encallada.

La mano que se presenta estando el brazo delante del pecho ó detrás de la espalda, pide las mismas maniobras que cuando se presentan estas partes sin tener la mano delante.

Para que la mano llegue á presentarse sola en el estrecho inferior ó salir fuera de la vulva, es menester que el feto presente al estrecho superior el lado á que corresponde el brazo, lo cual se conocerá por la situacion de la mano, si no está torcida. Se conocerá que no está torcida, en que volviéndola hácia el lado á donde se conjetura que se ha torcido, se vuelve á su situacion. Para mayor seguridad se introducirán los dedos ó la mano hasta tocar el codo, y por la situacion de éste, se deducirá la accion en que se halla la mano.

La naturaleza suele algunas veces arrojar fuera de la vulva la mano, como lo he visto en parturientes á quienes no habia tocado comadre alguna; pero las mas á que he socorrido con la mano defuera ha sido sacada por comadres de poca esperiencia, que han tirado de ella creyendo que lo hacian de un pie. Sea como fuere, una vez que la mano está en el estrecho inferior, ó mas afuera se ha de terminar el parto buscando los pies. Para esto, sin empeñarse en reponer la mano, introducirá el operador la que corresponde al lado donde se hallan los pies, y siguiendo con ella lo largo del vientre hasta encontrarlos, los traerá á la escavacion con las precauciones referidas.

Del parto en que el feto presenta un codo.

Esta presentacion puede tener las mismas variedades que la antecedente, escepto el presentarse el codo delante de la cabeza.

Como el codo no puede presentarse si el antebrazo no está doblado, la situacion de éste, la de los condilos del húmero, y la de la cabeza del feto darán á conocer el codo que se presenta. Á mas se distinguirá el codo de la rodilla en que ésta es mas abultada, y aquel mas sobresaliente. La mayor dureza del codo respecto de la del talon, los distingue, ya que por el volúmen podian equivocarse.

El feto no puede nacer por los codos, y así cuando éstos se presentan es necesario apartarlos si no han entrado en la escavacion, é ir á buscar los pies como cuando la criatura presenta un costado, para terminar del modo mismo el parto.

Si el codo ha llegado á la mitad de la altura de la pelvis, se sacará el antebrazo, para poder introducir mejor la mano, y sacar los pies como cuando el feto tiene un brazo defuera.

Del parto en que el feto tiene un brazo fuera de la vulva.

(Lám. 17 y 18 *fig.* 1ª)

Esta posicion la consideraremos en dos estados diferentes. Uno en que solo el brazo ha pasado del estrecho superior sin estar muy hinchado, y otro en que el hombro parte del cuello y del pecho han entrado en la escavacion de la pelvis, y el brazo se halla muy hinchado, y tal vez gangrenado, ya sea por los esfuerzos naturales, ó ya por los de una oficiosidad imprudente, que es lo mas comun.

Cuando el brazo sale fuera como en las láminas 17 y 18 *fig.* 1ª no hay necesidad de reponerlo porque necesitándose siempre buscar los pies, el grueso del brazo estorba tan poco para introducir la mano que es inútil emprender la penosa maniobra de introducirlo, ó la cruel operacion de separarlo del cuerpo torciéndolo, como algunos prefieren, ó cortando las partes blandas por su articulacion con el omoplato, como otros lo han practicado (1). La escision del brazo puede quitar la vida al feto, y aun cuando sobreviva, como se ha visto algunas veces (2), es crueldad mutilarle uno de los miembros mas útiles.

Por tanto, luego que se observe el brazo defuera, se examinarán las demás circunstancias, y no habiendo alguna que se oponga á la estraccion, se introducirá la mano derecha si el brazo derecho está fuera, y la izquierda si ha salido el izquierdo. La mano se introducirá por todo el brazo arriba, siguiendo despues lo largo del pecho, del vientre y de los muslos hasta encontrar los pies para traerlos de una ó dos veces á la pelvis, de la cual se sacarán juntos si es posible. Luego que salen los pies y muslos, se su-

(1) Ambrosio Pareo la recomienda cuando el feto está muerto.

(2) La Motte. Jacobs. Ecole pratique &c. *pag.* 328. Smictk en su Historia natural de los Condes de Hibernia habla de un feto á quien le arrancaron un brazo y curó.

Lam I.

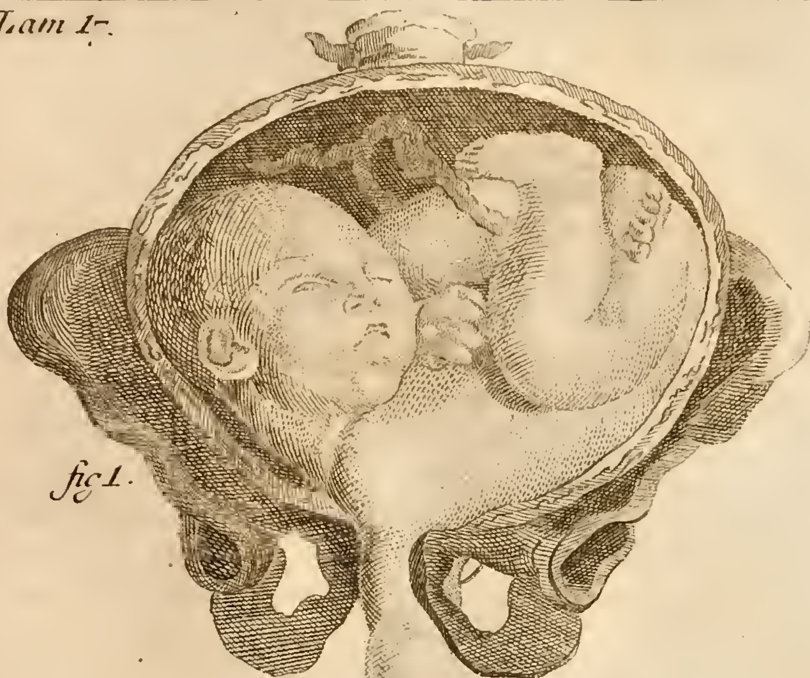


fig 1.

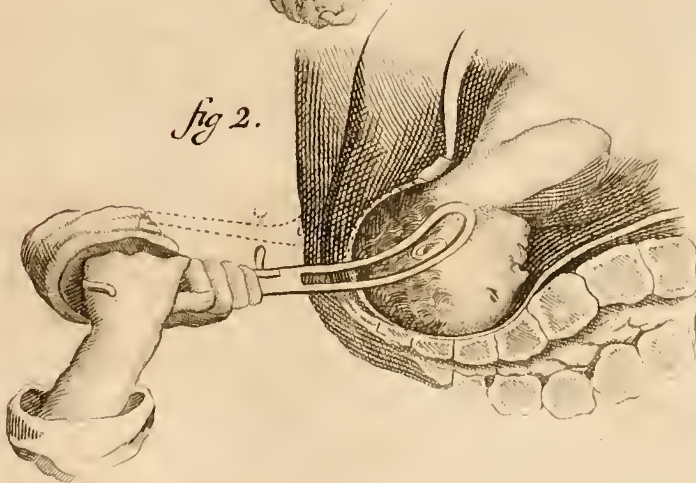


fig 2.

Lam 18.

fig 1.

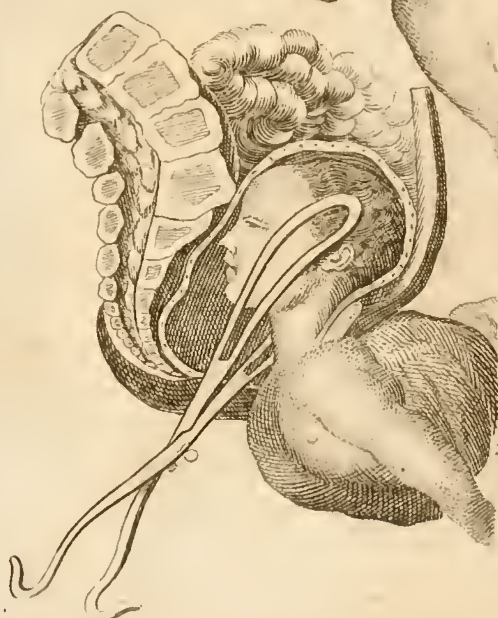


fig 2.

be por sí el brazo á medida que vá saliendo el tronco, y cuando no, sale éste al lado del brazo.

ESPLICACION DE LA LÁMINA DIEZ Y SIETE.

Figura 1ª

Esta figura representa un feto con el brazo derecho fuera de la vulva, teniendo el pecho hácia delante.

De esta posicion, y de la de la *fig.* 1ª de la lámina 18 se deducirán las demás presentaciones de los brazos.

Figura 2ª

Esta figura manifiesta el forceps de Levret aplicado á la cabeza cuando viene delante con la frente hácia el sacro, y el occipucio hácia los púbis.

ESPLICACION DE LA LÁMINA DIEZ Y OCHO.

Figura 1ª

Esta figura manifiesta un feto con el brazo derecho fuera, teniendo la espalda hácia delante.

Figura 2ª

El forceps de Levret aplicado cuando la cabeza de la criatura sale la última con la frente hácia el sacro, y el occipucio hácia los púbis.

De esta *fig.* y de la 2ª de la lámina 17 se deducirá como ha de quedar el forceps para estár bien aplicado en los demás casos en que se usa de él.

Esta maniobra es facil cuando el brazo no está muy hinchado, ni el cuello y pecho han entrado en la pelvis; pero si acompañan estas circunstancias es no solo dificil, sino casi imposible. No obstante aunque

el brazo esté muy hinchado y como gangrenado, no se ha de separar por las razones que hemos espuesto, y porque aun puede por otros medios remediarse.

Para esto se examinará si el orificio del útero contraido espasmódicamente sobre la parte superior del brazo es causa de la hinchazon ó gangrena, lo cual se conocerá en la estrangulacion que se notará en el parage á donde corresponde el espresado orificio, y en la dificultad que ofrece á introducir el dedo mas arriba de la estrangulacion. En este caso se procurará quitar la constriccion espasmódica con las sangrías ó el uso interno de los sedantes. Mientras se afloja el orificio del útero se fomentará el brazo con los cocimientos emolientes, y aromáticos mas ó menos espirituosos segun el estado de inflamacion ó mortificacion que se presenta. Tambien se le pueden hacer escarificaciones para dar salida á los líquidos estancados, con lo cual se disminuirá el volúmen del brazo, y dará mas lugar para la estraccion de los pies.

Entre tanto se cuidará mantener las fuerzas de la paciente, no molestarla con tenerla en una situacion incómoda, y con repetir tentativas infructuosas, y tal vez dañosas.

Luego que cese el espasmo, si lo ha habido, ó cuando el brazo se haya aflojado, se introducirá la mano para buscar los pies y hacer la estraccion.

El pecho metido por fuerza en la pelvis es el que ofrece la mayor dificultad para introducir la mano, y así es necesario levantarlo antes. Los que pretenden con Mauriceau el reponer siempre el brazo, aconsejan el introducir la mano hasta colocar el sobaco entre el dedo pulgar y el indicador, y empujar todo el tronco á un lado. Burton en la lámina 16 pinta aplicada la muletilla con que se puede hacer esta mutacion.

Yo preferiré siempre la mano á los instrumentos, y así procuraré con ella aplicada al pecho, y teniendo el codo sobre la rodilla hacer toda la fuerza posible para levantar la parte que se oponga á introdu-

cir la mano hasta los pies. Si de este modo no se consigue el intento se puede buscar el otro brazo y traerlo á la pelvis, con lo cual se apartará un poco la parte del pecho que la tapaba, y se logrará el dejar algun hueco por donde pasar á buscar los pies y sacarlos.

Cuando de ningun modo se puede hacer la estraccion; se puede seguir el dictámen de Plenck, que se reduce á hacer la operacion cesárea si el feto está vivo, y á romper el pecho y vaciar las vísceras, si está muerto (1).

Del parto en que el feto presenta las dos manos.

Cuando las dos manos vienen delante de la cabeza se procurará detenerlas hasta que ésta se ponga delante. Si esto no se consigue y las manos se adelantan al mismo tiempo que la cabeza, se dejará obrar á la naturaleza. Si la cabeza se detiene en la escavacion de la pelvis ó en el estrecho inferior, se puede terminar el parto tirando de las manos hasta que se haga la fuerza en los hombros, en cuyo caso los brazos aplicados á los lados de la cabeza hacen el oficio del forceps. De este modo saqué un feto que se presentaba en el estrecho inferior con las dos manos á los lados de la cara. La paciente hacía tiempo que estaba apopléctica, y á no haber ocurrido este accidente, es muy factible que la naturaleza hubiera terminado este parto.

Si las dos manos se presentan solas, aun no hay necesidad de empeñarse en reponerlas para ir á buscar los pies, pues los brazos del feto y la mano del operador pueden pasar por donde pasa la cabeza de un feto regular. No obstante, si al introducir la mano que corresponde al lado donde se hallan los pies,

(1) Pag. 176 dice. *Si vero manus obstetricans nullo modo ad fetus pedes ob uterum arctissime circa fetum constrictum obtingere posset, tunc si fetus vivus hysterotomia, si fetus mortuus embriotomia est peragenda.*

se pueden reponer sin violencia las dos ó una mano, se conducirán sobre el estrecho superior, y se pasará por los pies con las precauciones insinuadas.

Del parto en que el feto presenta un pie y una mano.

Esta posicion se conocerá en las señales que caracterizan á cada una de estas partes. Conocida la posicion, sin reponer la mano se irá á buscar el otro pie. Como puede haber dos criaturas, y ser de la una el pie, y de la otra la mano, se subirá la que se ha introducido todo lo largo de la pierna y del muslo, cuyo pie está fuera, hasta llegar á la horcajadura, y entonces se seguirá por el muslo hasta encontrar el pie, para traerlo con el otro, y terminar por los dos el parto.

Del modo de sacar el cuerpo separado de la cabeza.

Este accidente puede verificarse siempre que se tire de la cabeza con mas fuerza que la que el cuello es capaz de resistir sin perder su continuidad. La maceracion del feto, el demasiado volúmen de los hombros, la mala situacion de éstos, y la contraccion espasmódica del orificio del útero sobre el cuello del feto son las disposiciones que dan motivo á que el tronco no siga á la cabeza que ya ha franqueado el camino, y á que ésta se desuna de aquel, si se tira de ella con fuerza. Por tanto el mejor modo de precaver la separacion será no hacer grandes fuerzas por la cabeza, sacar los brazos, tirar por los sobacos, situar bien los hombros, y calmar la constriccion del orificio del útero, si la hay.

Cuando la cabeza se arranca y queda dentro el tronco, éste puede hallarse todo sobre el estrecho superior, ó parte en la escavacion de la pelvis. Si el tronco no ha entrado en la pelvis lo mas pronto y seguro es buscar los pies, y sacar el feto por ellos.

Puede suceder que el demasiado volúmen del pe-

cho ó del vientre, ó la escesiva contraccion de la matriz no den lugar para llegar á los pies. En este caso se sacarán los brazos, ó se engancharán los sobacos con los dedos ó con los ganchos obtusos, y por ellos se tirará del resto del cuerpo.

Si los brazos amenazan el separarse del tronco por estar macerados, se clavará un garfio por entre alguna de las primeras costillas. Los brazos y este garfio formarán una especie de forceps de tres brazos, en cuyo medio se colocará la parte de cuello que haya quedado con el tronco, para que al tirar no se doble sobre el pecho, y aumente su volúmen.

En hallándose parte del tronco en la pelvis se ha de tentar el sacarlo por la parte que presenta. Para ello se enganchará por los sobacos con los dedos si llegan á ellos, y si no con dos ganchos ó dos asas, y se tirará con ellos alternativamente hácia un lado y otro hasta sacar enteramente los brazos y el pecho.

Del parto en que el feto presenta las nalgas.

Esta posicion no deja de ser frecuente. Segun el cálculo de Jacobs de cada 50 partos se verifica uno en esta posicion; pero de estos 50 apenas habrá dos que necesiten de mas auxilios que en los que se presenta la cabeza (1). De aqui se sigue que este parto es pocas veces trabajoso. Por esta razon se han espuesto las señales &c. en su lugar, indicando solamente las mutaciones que debe hacer el arte cuando la naturaleza no puede egecutar las que ella nos ha enseñado que hace en este parto para que sea natural.

El parto de nalgas puede ser trabajoso por la posicion respecto del estrecho superior cuando las partes de la generacion caen hácia los lados de la pelvis, y respecto del estrecho inferior cuando miran hácia el arco de los púbis ó hácia el sacro; porque en estas posiciones el mayor diámetro de las caderas corresponde

(1) Ecol. pratiq. *pag.* 308.

al menor de los estrechos, por lo cual es necesario volverlas. Pero como esto es dificil estando mas arriba del estrecho superior, se prefiere en estos casos el ir á buscar los pies, que es mas pronto y mas seguro, si ha poco tiempo que se derramaron las aguas.

Para hacer esta operacion se introducirá la mano que corresponde al lado donde se hallan las partes de la generacion, cuidando el no introducir el dedo que vá delante en la vulva del feto, si es hembra. Con la palma de la mano apoyada en la parte que se presenta se levantarán un poco las nalgas, y se empujarán hácia el lado donde se halla la rabadilla. Hecho esto, se buscarán los pies, los cuales comunmente se encuentran cerca de las nalgas, si están las piernas dobladas. Alguna vez están estendidas ó menos dobladas; pero siempre se encuentran facilmente siguiendo con la mano todo lo largo del muslo.

En llegando á encontrar los pies se traerán los dos si es posible, y si no el uno, doblando la pierna sobre el muslo, y comprimiendo éste sobre el vientre, para que haya mas lugar de pasar la rodilla á la pelvis sin lastimar al feto, ni á la madre. Sacado un pie, se traerá igualmente el otro, y en teniendo los dos fuera se tirará de ellos hasta que salga la parte del muslo que corresponde estando en estension. Entonces se volverán por ellos las caderas, si se conoce que conservan la mala situacion en que se presentaban.

La mejor situacion de la parturiente para esta maniobra es que tenga el cuerpo inclinado sobre el lado por donde han de sacarse los pies.

Cuando la criatura tiene las partes de la generacion hácia el púbis ó hácia el sacro, y se determina sacar los pies, importa poco el introducir una ú otra mano; pero se procurará siempre levantar las nalgas, y empujarlas hácia la parte opuesta á la que ha de dar paso á la mano para buscar los pies y sacarlos, lo cual se practicará como en el caso antecedente.

Como el feto en esta posicion presenta el mayor diámetro de las caderas á uno de los mayores de la pelvis.

despues de sacar un pie se puede tirar por él del cuerpo sin ir á buscar el otro, si hay dificultad en hallarlo, ayudando á la estraccion con un dedo enganchado en la íngle, en caso necesario.

Siempre que el feto se halle con las nalgas encalladas en el estrecho superior, sin poder empujarlo hácia arriba, ni pasar por los pies, se pasará á sacarlo doblado como se halla, si la pelvis se considera capaz de dar paso despues á la cabeza, porque en juzgando que ésta no podrá salir es inútil sacar lo demás.

Algunos se han servido para esta operacion del forceps, habiendo visto que uno lo aplicó en esta parte, creyendo lo hacía sobre la cabeza, y logró estraer por su medio el feto (1).

Yo no dudo que esto pueda suceder; pero tengo por mas seguro el pasar un lazo por las íngles ó un gancho por cada una, y tirar por ellos de la criatura.

Este cordon se puede pasar por la íngle con los dedos doblándolo y apoyando en el doblez la punta del dedo indicador, con el cual se conducirá por el borde esterno del pliegue de la íngle hasta el interno, por donde se asirá con el otro dedo indicador ó con un gancho, y se sacará fuera uno de los estremos.

Este modo de pasar los lazos es bastante penoso, y solo se puede intentar por falta de una algalia de hombre, de un gancho con un agujero en la punta para pasar el cordon (lám. 11. *fig.* 1.ª), ú de una sonda de ballena cubierta con una cinta, como en la *fig.* 2.ª lám. 14.

Con la algalia ó el gancho se pasa fácilmente el cordon metiéndolo por los agujeros, y pasando la punta del instrumento de un lado al otro por el doblez que forman los muslos. Luego que se considera la punta en el parage por donde ha de salir el cordon ó la sonda flexible, se introduce la mano para sacarlo enganchado en alguno de los dedos.

Pasado el cordon, se retira el gancho ó la alga-

(1) Baudelocque *tom.* 1 *pag.* 443.

lia, quedando los estremos fuera, y formado el lazo. Para tirar del lazo sin lastimar á la paciente, se sujeta el cordon lo mas alto que se puede con dos dedos introducidos en la vagina, los cuales contendrán los cordones en la direccion del ege de la escavacion, é impedirán el que rozen sobre las partes de la muger. Conviene tambien anudar los estremos del cordon para que no se deshaga el lazo, si por casualidad se desliza un estremo (1).

En llegando las nalgas á entrar en la pelvis se manejarán de modo que vayan dando la vuelta necesaria para que las caderas se presenten bien al estrecho inferior.

Algunos quieren que se saquen las piernas luego que las nalgas salgan del estrecho inferior. Esta operacion es arriesgada para el feto, y para la madre. Para el feto porque es muy contingente el romperle las piernas; y para la madre porque no es posible introducir la mano y sacar la pierna entera sin contundir alguna parte. Por tanto se tirará del tronco hasta que los pies salgan por sí; cuidando de ir dirigiendo el cuerpo para que los sobacos se presenten á los lados de la pelvis. En lo demás se procederá como se ha dicho en el parto de pies.

Las nalgas despues de pasar el estrecho superior pueden tambien detenerse en la escavacion de la pelvis ó en el estrecho inferior, ya sea por haberse adelantado mas un lado que el otro, ya por no haber dado la vuelta necesaria para presentarse bien, ó ya porque faltaron los dolores y las fuerzas á la parturiente, como sucede comunmente cuando el parto dura mucho tiempo. Esta contingencia se ha de tener presente para evitar el que las nalgas entren dentro de la pelvis, sacando antes la criatura por los pies, si se llega en tiempo.

Aun cuando las nalgas se hallen detenidas en el

(1) La misma precaucion se tendrá cuando se forme el lazo con la sonda flexible, segun lo manifiesta la figura citada.

tercio superior de la escavacion, será prudencia el intentar reponerlas, y sacar la criatura por los pies, cuando su volúmen y las pocas fuerzas de la parturiente hacen sospechar con fundamento que se le acaben antes de terminar por sí el parto.

Cuando la reposicion no se puede conseguir sin mayor molestia, se confortará con algun cordial á la paciente, y se esforzará á fin de que usando de todas sus fuerzas salga del apuro en que se halla. Si en lugar de sostenerse las fuerzas, se observa que decaen cada vez mas, sin que se adelante el parto, se terminará luego por medio de los dedos, de los lazos ó de los ganchos aplicados á las íngles como se ha dicho.

La mala situacion de las nalgas, respecto del estrecho inferior, pide el volverlas de modo que una de las caderas corresponda al arco de los púbis, y la otra á la horquilla. Para esto se introducirá la mano, se aplicará la palma sobre el ano, el dedo pulgar sobre la parte superior esterna de un muslo, y los demás dedos sobre la misma parte del otro muslo. Con el dedo pulgar se empujará la cadera sobre cuyo muslo está situado hácia el arco de los púbis ó hácia la horquilla, segun la que se halle mas inmediata. Con los otros dedos se tirará de la otra cadera hácia la parte opuesta hasta situarla bien: entonces se dejará obrar la naturaleza, ó se terminará inmediatamente el parto con los dedos ó los ganchos, segun las circunstancias.

Del parto contranatural.

Aunque la estrechez y la obturacion de la vagina, y del orificio del útero necesitan muchas veces ensancharlos con los dedos ó con otros instrumentos obtusos, y el dilatarlos con los cortantes; se han colocado entre los partos instrumentales, porque en realidad solo se ensanchan las aberturas naturales, ó se hacen algunas artificiales en el lugar mismo de las naturales.

Los partos preternaturales tomados en el sentido en que los hemos definido son por parte del feto cuando se ha de sacar, como dicen comunmente á pedazos, y por parte de la madre cuando por ser la pelvis estrecha no puede salir por ella la criatura, y cuando ésta se ha formado fuera del útero, ó salido de él por su rotura ó la de la vagina.

Siguiendo el órden propuesto, nunca se terminarán los partos deshaciendo el feto, ó haciendo aberturas nuevas á la madre, si se puede sacar entero, ó ensanchando las aberturas naturales, aun cuando aquel esté muerto.

Del modo de disminuir el volúmen del pecho y del vientre cuando se opone á la estraccion de la criatura.

Esta operacion se llama embryulcia, y solo se puede hacer sobre el feto muerto, pues de lo contrario moriría en la operacion.

El pecho suele ser algunas veces tan abultado que no puede entrar en la pelvis, otras despues de haber entrado un poco se detiene, y no es posible volverlo al abdómen, ni sacarlo.

Estos casos son raros, y por lo regular los fetos están muertos; no obstante, como pueden no estarlo no se pasará á romperlos hasta estar seguros de su muerte.

Los fetos monstruosos y los unidos, si están muertos y no se pueden sacar de otro modo, es preciso deshacerlos y sacarlos por partes para libertar á la madre.

La situacion de la parturiente y del operador, es la misma que para los partos manuales. Las tigeras perforativas, ó un cuchillo un poco corvo y cortante por la punta, son los instrumentos con que se puede hacer esta operacion.

El intermedio de las costillas es el sitio propio para introducir la punta del cuchillo ú de las tigeras. Para introducir el instrumento se observarán las reglas generales. Es necesario introducirlo en el pecho dos veces, y cortar una costilla ó dos, por dos partes. Des-

pues se retira el instrumento, se introduce la mano, y con ella se desprende la parte de costillas cortada. Seguidamente se ván arrancando y sacando el pulmon, y el corazon: luego se rompe el diafragma con los dedos ó con el instrumento con que se cortaron las costillas, y se sacan las vísceras del vientre que sea necesario.

Quedando vacíos el pecho y el vientre, ceden á los esfuerzos de la mano y dán lugar para ir á buscar los pies, y terminar por ellos el parto.

Jacobs aconseja el separar los brazos torciéndolos cuando por estar á los lados del pecho estorban para llegar á donde se hallan los pies (1).

Cuando despues de salir la cabeza no se puede sacar el pecho, y es preciso variarlo, conviene separar aquella para trabajar con menos dificultad; no obstante no se hará si no estorba demasiado.

Si son dos fetos unidos, y tienen los pechos y vientres separados, de modo que no se puedan vaciar por la abertura del uno, es menester hacer otra en el otro. Cuando están simplemente unidos por los tegumentos comunes se deshace la union, y despues se sacan separadamente.

De la seccion del cartílago que une los púbis.

Á esta operacion le han dado los nombres de Sincondrotomía y Sinfotomía: el primero por cortarse en ella un cartílago, y el segundo por dividirse los medios que mantienen articulados los púbis, lo cual se llama en general sínfisis.

Aunque Mr. Sigault propuso á la Académia de Cirugía en 1768 esta operacion (2) y la practicó en Octubre de 1777; no parece tan nueva que su posibilidad no se haya espresado por otros mucho antes, y que

(1) *Pag.* 386.

(2) Mr. Louis leyó la memoria de Sigault, y la Académia, sin admitir la nueva operacion, no la rechazó, esperando la prueba de la esperiencia, superior sin duda á las razones que determinaron á Sigault el proponerla.

efectivamente otro no la hubiera egecutado sobre un cadaver. En efecto en 1630 dijo Silvio (1), que en las parturientes, y en las recien paridas el cartílago que une los púbis es tan blando y laxo que cortándolo con poca fuerza se aparta fácilmente. Pinneau, fundado en la autoridad de Galeno, dice, que se pueden cortar los sínfisis. Finalmente Plenck espresa que en 1766 tuvo que cortar el cartílago que une los púbis para sacar un feto por la abertura hecha en el útero y abdómen de la madre despues de muerta. Si en aquel tiempo, dice, hubiera pensado sériamente sobre el uso de esta operacion en la muger viva, podría pasar por su inventor (2).

De todos modos no consta que se haya practicado en sugeto vivo hasta que Mr. Sigault, acompañado de Mr. Le Roy, la hicieron á Madama Suchot, por cuyas buenas resultas la facultad de Medicina grabó y acuñó 150 medallas con la efigie del decano en un lado, y en el otro esta inscripcion: *Sectio symphis. oss. pub. lucina nova, ann. 1768, invenit proposuit, 1777, fecit feliciter J. R. Sigault. D. M. P. juvit Alph. le Roy, D. M. P.* De estas medallas dieron 100 al operador, y 50 al ayudante.

Camper tambien hizo vários esperimentos en los animales, y se cree que persuadido de la utilidad de esta operacion la habria practicado quizá antes que Sigault, si se le hubiera presentado sobre quien.

Apenas se publicó con exageracion el suceso de esta operacion (3), se vieron muchos patronos y opositores, los unos pretendiendo probar la utilidad con hechos felices, y los otros su inutilidad con los desgraciados, atribuyendo la felicidad de algunos á la ninguna necesidad de la operacion.

La esposicion imparcial del suceso de las operacio-

(1) Oper. Medic. *lib.* 1 *cap.* 2. de cartilaginibus.

(2) *Pag.* 206. Elem. art. obst.

(3) El suceso no fué tan felíz como se anunció, pues Lauverjat vió á Madama Suchot en 1786, y aun padecía una procidencia completa del útero y de la vagina, y una incontinencia de orina.

nes practicadas en los años mas inmediatos al descubrimiento, impondrá al lector del aprecio que el dia de hoy tiene esta operacion.

Mr. Sigault ha practicado 6 veces esta operacion: la 1.ª en Madama Suchot; la 2.ª en la muger de un tornero en el barrio de Saínt-Mederic; la 3.ª en la calle de Moufetard; la 4.ª en la muger llamada Navet; la 5.ª en Madama Blandin; y la 6.ª en Madama Vespres. En la 1.ª vivieron madre é hijo: en la 2.ª y 6.ª murieron las madres y los hijos; en las demás vivieron y curaron las madres; pero murieron los hijos; siendo digno de notar que Madamas Blandin y Vespres parieron despues naturalmente.

Mr. Le Roy hizo dos de estas operaciones en Julio de 1779. La 1.ª el 18 á Julia Collet; y la 2.ª en 24 á Madama du Beloy. Las madres con los hijos se presentaron buenos á la facultad de Medicina el 16 de Agosto del mismo año.

El mismo hizo otra en el barrio de San German, calle de las Carnicerías; el feto salió vivo, pero la madre murió.

Mr. Mathys en presencia de Mr. Le Roy hizo otra en la calle de Plumet, mientras yo estaba en París. Despues de haber separado en su entender el cartílago, viendo que los púbis no se apartaban volvió á cortar, dejando porciones del bisturí en los huesos, como se vieron en la pelvis que por haber muerto la paciente se trajo á la Académia de Cirugía. El feto salió muerto, con un brazo y una pierna fracturados. El mismo hizo otra á la muger llamada Huguet; y aunque vivieron madre é hijo, el operador confesó despues que podia haber parido sin la operacion. En el año de 1778 se hicieron las siguientes:

Siebold la practicó en Wurtz-bourg en 4 de Febrero. El cartílago estaba osificado y tuvo que serrarlo; no obstante curó la paciente aunque el feto salió muerto. Bonnard despues de haber hecho la incision de los tegumentos encontró tambien osificado el cartílago, y recurrió á la operacion cesárea. La paciente murió.

En 21 del mismo mes se hizo otra en San Pablo de Leon por Mr. Despres de Menmeur. El feto salió muerto, y la muger parió despues naturalmente.

En 24 de Abril hizo Lescardé otra en Arrás. La madre y el hijo murieron.

En 28 de Marzo se hizo en Mons la primera vez á Josefa Loutre. El feto salió muerto.

En 11 de Mayo se egecutó otra en Dusseldorp. El feto salió en pedazos, y la muger murió á los 10 dias.

En 1º de Agosto la practicó Desmarets en Bonniere. La muger sanó aunque se esfoliaron los bordes de la incision del cartílago.

Nagel hizo otra segun una carta de Spire en 5 de Abril. El feto salió prontamente y la madre á los 8 dias estaba buena.

En 18 de Febrero de 1779 se le hizo en Batigny á Madama Lebranc; fué necesario sacar la criatura con el forceps. El año siguiente parió pronta y naturalmente.

En 30 de Abril del mismo año la practicó en Logroño Don Juan Deluyar. El feto salió muerto, y la paciente curó, habiendo parido despues naturalmente.

En 27 de Junio la sufrió la muger de Santiago Bruinier, y aunque fué necesario sacar el feto con el forceps, vivió como la madre.

En 27 de Setiembre se hizo otra en Mons. El feto se sacó con el forceps, y se conservó igualmente que la madre.

En 25 de Enero de 1780 la sufrió segunda vez Josefa. Loutre, con feliz suceso de hijo y madre. Cambon que hizo estas dos operaciones practicó otra: en la cual perecieron la madre y el hijo.

En Agosto de dicho año la practicó en Utrera Don Antonio Delgado y Meneses á Doña María de Ávila, cortando el cartílago de adentro á fuera por dictámen del cirujano mayor de la real Armada Don Francisco Canivell, que casualmente se hallaba en aquel pueblo. La criatura salió viva, y la madre quedó con una incontinencia de orina.

En 5 de Diciembre de 1781 se la hicieron en el Hotel-Dieu á Francisca M. D. El feto salió muerto, y fué menester volverlo para sacarlo por los pies: la madre murió tambien á los cincuenta y dos dias.

En 9 de Abril del mismo año se la hicieron á una muger llamada Hucq: el feto se sacó con el forceps, y murió igualmente que la madre.

Un cirujano de Nápoles tuvo la desgracia de ver perecer de hemorragia una que habia operado.

Mr. Van-Dame egecutó otra en la cual sacó la criatura con el forceps; pero murió á las tres semanas. La madre se curó habiendo estado en gran peligro. Ésta habia parido tres veces antes, y sus tres hijos se conservaban sanos cuando fué operada. Damen practicó en el Haya dos á una misma paciente, y se conservó con sus hijos.

Mr. Verdier Duclos hizo otra, y murió el infante.

Mr. Duret practicó otra en que murió la criatura, y la madre quedó con los púbis sin unirse, y una fístula urinaria.

Mr. Chaysoi yendo á hacer otra cortó el púbis derecho, y murieron la madre y el hijo.

Mr. Riollay tuvo el mismo suceso en otra que practicó.

A Mr. Lavaquino le sucedió lo mismo, é igualmente á Mr. Brodthlag en una que practicó cada uno.

Comparando estas treinta y siete operaciones resulta que han muerto catorce de las pacientes, y se han conservado solo once criaturas; se ha tenido que usar del forceps en muchas; se ha encontrado dos veces osificado el cartílago que une los púbis; han quedado con incontinencia de orina tres; han parido despues naturalmente seis; y segun la inspeccion de los cadáveres de las que han muerto, y el examen de las que han vivido (1), en pocas era necesaria la opera-

(1) Véanse las relaciones de Baudelocque, Lauverjat, y lo que dice el Señor Cascaron en la traduccion al suplemento de Heister.

cion, como lo confesó Mr. Mathys de una de las que él operó.

Las razones fundadas en los esperimentos hechos por Mr. Lauverjat, por los que se hicieron en el Hotel Dieu, y en el anfiteatro Argentoratense (1), y por lo que demuestra Baudelocque en las láminas 13 y 14 de su obra; el aumento del diámetro anteroposterior es muy poco para suplir los defectos considerables de la cavidad de la pelvis respecto de la cabeza; y por consiguiente solo forzando los púbis se puede conseguir que el espresado diámetro se aumente mas de media pulgada.

Segun los citados esperimentos, á la separacion forzada de los púbis se sigue la proporcional de los ílios con el sacro, y á ésta la rotura de los ligamentos, ó la compresion de los cartílagos, lo cual no puede verificarse sin una irritacion que suscite la inflamacion supurativa, los abcesos, y la gangrena, como se ha visto en algunos cadáveres.

Sin afirmar que separándose los púbis mas de una pulgada vendrán siempre los espresados accidentes; se podrá sostener que se verificarán las mas veces, y que verificados, la sincondrotomía es mas temible que la operacion cesárea, y ésta deberá preferirse todas las veces que para sacar el feto por la via natural sea necesario apartar los púbis mucho mas de una pulgada, como se necesita cuando el diámetro anteroposterior del estrecho superior no pasa de dos pulgadas y media.

Tambien será mas peligrosa, y tal vez infructuosa la sincondrotomía cuando el cartílago que se ha de cortar está osificado, porque á mas de la dificultad de serrarlo sin tocar á la vegiga, á la uretra, ó á la vagina, por lo comun se osifican tambien los cartílagos que unen los ílios con el sacro, en cuyo caso se apartarán poco ó nada los púbis.

Por tanto sin condenar enteramente la sincondro-

(1) Véase lo que dice Baudelocque, Lauverjat, y Emmanuel Bentely en su Disertac. inaugural, impresa en 1779 en Argentorati.

tomía, como pretenden Baudelocque, Lauverjat y otros, ni anteponerla absolutamente á la operacion cesárea, como Sigault, y su ayudante Le Roy querian; siguiendo á Jacobs y Plenck me parece que se puede practicar estando el feto vivo cuando la cabeza ó los hombros se han encallado, y no se puede volver para sacarlo por los pies, ni aplicar el forceps, si con el aumento de cuatro ó seis líneas en el diámetro que ofrece la resistencia, se puede vencer ésta y terminar el parto, aunque sea volviendo la criatura, ó aplicando el forceps.

Cuando la criatura está muerta se preferirá vaciar el cráneo como haya espacio suficiente para introducir libremente la mano y los instrumentos, lo cual no se verifica si el diámetro anteroposterior del estrecho superior no pasa de dos pulgadas.

Modo de hacer la operacion.

Hasta el dia de hoy solo se sabe que el licenciado Don Antonio Delgado, por direccion de su maestro haya practicado esta operacion cortando el cartílago de adentro á fuera, sin hacer mas incision al esterior que la precisa para introducir el bisturí por debajo del arco de los púbis. Este método ahorra mucho á la naturaleza en la cicatrizacion de la herida esterior; pero espone mas á la paciente á quedar con incontinencia de orina por la dificultad de no interesar la vegiga, á menos que una mano tan firme y segura como la del inventor haga la operacion.

Determinada la operacion, se quitará el vello del empeyne, se vaciará la vegiga de la orina, y se situará la paciente como para las operaciones manuales.

Con un bisturí convexo se hará una incision á los tegumentos y tegido celular que cubren el cartílago que se vá á dividir. La longitud de esta incision ha de ser un poco mayor que lo alto del cartílago, y se ha de dirigir de modo que la parte superior corresponda á la mitad del cartílago, y la parte inferior hácia un lado. Para no comprehender el clítoris se

apartará hácia el lado opuesto al que se ha de inclinar la incision. Despues se cortan los músculos piramidales lo que baste para dejar bien descubierta la parte superior del cartílago.

Hecho esto se ligará el vaso que dé mucha sangre, ó se comprimirá con un dedo mientras con un bisturí convexo, algo mas fuerte que los comunes, y fijo con el mango se cortan el cartílago y los ligamentos esternos que mantienen los púbis unidos. Lauverjat, y Jacobs aconsejan con razon que desde el principio se tenga la sonda introducida en la vegiga para inclinarla, y á la uretra hácia un lado, especialmente al tiempo de cortar los ligamentos de la superficie interna, que es cuando hay mas riesgo de interesar las partes dichas, y cuando el mayor cuidado es á veces infructuoso.

El cartílago se ha de cortar en su mitad con la parte media del corte del bisturí, para evitar el que la punta toque alguna en las partes internas, y aun al feto, como se ha visto alguna vez. Cortadas las partes que se oponian á la separacion de los púbis, se dejará que se aparten graduadamente, y que la cabeza del feto se franquee por sí el camino, y solo cuando no haya dolores, ó cuando los accidentes exigen terminar pronto el parto, se hará con el forceps, ó volviendo la criatura segun las circunstancias.

Despues de salir la criatura se observarán las reglas generales para sacar luego la placenta, ó esperar á que salga por sí; en cuyo caso se mantendrán los bordes de la herida juntos y tapados del contacto del ayre. En este tiempo se ligarán los vasos que dén sangre, si no se ha hecho antes de dividir el cartílago, que es mas seguro, é indispensable cuando la paciente está débil.

Luego que haya salido la placenta se enjugará la herida, se aproximarán los bordes, se mantendrán juntos por medio de tiras del emplastro de Andres de la Cruz, ú otro pegajoso: se cubrirá la herida con hilas raspadas y compresas figuradas á la parte, y el todo

se mantendrá con un bendage unitivo

El régimen de la parida será proporcionado á los accidentes, y la cura tópica correspondiente á los estados de la úlcera.

La muger debe guardar la mayor quietud hasta que se una el cartílago separado, y esperar á que la union se haya fortificado para empezar á levantarse.

Si por accidente no se une y fortifica cerca de los cuarenta dias, como sucede comunmente, y se ha cicatrizado la herida esterior, aún debe permanecer quieta, y no quitarse el bendage unitivo.

Si queda con incontinencia de orina se indagará si proviene de herida en la vegiga, ó de laxitud del cuello por haberse distendido ó comprimido al salir la cabeza del feto. Lo primero suele remediarse con la quietud, y con tener siempre introducida una sonda; y lo segundo se cura con los tónicos aplicados á la parte.

De la operacion cesárea.

Para mayor claridad espondré primero la historia de esta operacion, especificando las operaciones que se han practicado con feliz suceso, ó sin él, para deducir de ellas la posibilidad de salvar al feto y á la madre, ó á uno de los dos.

Despues especificaré los casos en que la operacion está indicada ó contraindicada; y últimamente trataré de los métodos con que se ha practicado para esponer el que merece alguna preferencia.

HISTORIA.

El nombre de la operacion parece que espresa su orígen. En efecto, si atendemos á lo que dice Plinio, César nació habiéndolo sacado del vientre de su madre despues de muerta, y los Césares ó Cesones se llamaron así *à cæso matris utero*. Estas son sus palabras: *Auspicatius inecta parente gignuntur sicut Scipio Africanus prior natus, primusque Cæsarum à cæso matris*

utero dictus. Algunos pretenden que Julio César fué el primero que nació del modo espresado; pero esto se opone al dicho de Plinio, pues dice claramente, que fué despues de muerta la madre, *inecta parente*; y se sabe que Aurelia, madre de Julio César, tuvo gran cuidado y esmero en la educacion de su hijo, y que murió cuando él se hallaba en la guerra.

Virgilio dice que Lyca nació sacándola del vientre de su madre:

Inde Licham ferit exsectum jam matre perempta.
(Lib. 10. Æneid.)

Ovidio espresa lo mismo de Esculapio:

Ex utero matris interemptæ ab Apoline patre,
Sectionis ope extracti. (Lib. 2. Metamor.)

Aunque la operacion cesárea se practicaba en tiempo de los Césares en las mugeres muertas, no consta que se haya hecho en las vivas con el fin de conservarles la vida hasta el año 1500 (1), que Santiago Nufer, capador de profesion en la aldea de Siergershensen, del gobierno de Gorliebane en Turgavia, la hizo á Elisabeth Alespachin, habiendo pedido y obtenido licencia para egecutarla del presidente de Fravenselden. La paciente parió despues dos hijos, uno de los cuales llamado Juan, fué juez de Siergershensen, y aún vivía el año 1581.

Cárlos Esteban publicó en 1546 una obra en la cual delinéa la figura de las incisiones, y espresa el modo de hacer esta operacion, limitándola á las mugeres muertas. Francisco Rouset publicó en 1581 (2) el modo de hacer esta operacion en las vivas, esponiendo

(1) Segun Haller, Nicolás de Falconis, que vivía al fin del siglo 14, habló ya de una operacion cesárea feliz. Véase su Bibliot. Chirurg. nombre Falconis.

(2) Traité nouveau de l' histeromotokie, ou Enfentement cesarienne, París, 1581.

observaciones, y alegando razones en su favor. Gaspar Bauhino tradujo del frances al latin la obra de Rouset, añadiendo algunas observaciones (1). En 1590 se publicaron en latin otras dos obras de Rouset despues de la que Marchant, cirujano de París, habia escrito contra él (2). Rauleau escribió tambien á favor de esta operacion en 1604 (3).

Guillemeau dice, que las razones de Marchant, y algunos malos sucesos que tuvo en aquel tiempo esta operacion, determinaron á Pareo á desistir y retraerse de practicarla, y al colegio de Cirugía, con la parte mas sensata de la facultad de Medicina de París, á seguir el partido de la oposicion que Marchant habia sostenido con esfuerzo en las teses que defendió para recibirse cirujano de París.

Si las razones de Marchant convencen de que esta operacion no es de tan poco riesgo como proponia Rouset, las de éste manifiestan que se puede practicar con mas esperanza de un feliz éxito, que la que espresan sus adversarios. Que no merece el nombre de bárbara, cruel y mortal lo acreditan las observaciones de las operaciones hechas desde el año 1500, sin que murieran las operadas; y si en todas no se conservó la vida de las criaturas, nadie dirá que murieron de la operacion.

Mr. Simon publicó en las Memorias de la Real Académia de Cirugía de París dos, en las cuales refiere las observaciones siguientes (4).

Nufer practicó la primera en su muger Elisabeth Alespachin, la cual parió despues naturalmente dos hijos,

(1) Exsectio fœtus vivi &c. à Gaspare Bauhino, latinè reddita, et variis historiis auct. Basil. 1582. Apendix ad Rosetum.

(2) Dialogus apologeticus pro cæsareo partu &c. París, 1590. Cæsarei partus apertio historiologica, París, 1590. In Francisci Rosseti apologiam, Jacobi Marchant, Regis et Parisiensis Chirurgi declamatio. Esta obra termina con tres poemas satíricos contra Rouset, y una carta de Guillemeau.

(3) Traité sur l' operation cesarienne.

(4) *Tom.* 3. *en* 12.° *pag.* 210. *tom.* 5. *pag.* 317.

Guillot la hizo seis veces á una muger, la cual habiendo vuelto á hacerse embarazada murió en el séptimo parto por no haber quien le hiciera la operacion.

Ambrosio el negro y Le-Brun la hicieron tres veces á una misma muger.

Desmarais la hizo á otra que parió despues naturalmente.

Pelion, médico de Angers, comunicó á Rouset dos de estas operaciones practicadas con feliz suceso.

Rouset dice, que en el hospital de Chatillon vió una muger con la cicatriz de haber sido operada.

Pareo refiere otra hecha por el maestro Vicente. La muger parió despues naturalmente un niño y una niña. Ésta parece ser la que refiere Schênkio practicada en 1542.

Rouset dice, que en 1556 practicó esta operacion á una muger que parió despues por la via natural un niño y una niña vivos.

Bahuino dá noticia de otra, cuya paciente parió despues naturalmente cuatro veces.

Rouset en la obra latina dá noticia de otras seis operaciones cesáreas hechas, una en Ausville el año de 1529 por Juan Luca estando embriagado: de lo cual infiere con cuanta mas esperanza de buen suceso la practicará uno que esté en toda su razon.

Otra se hizo en 1576. Esta muger parió despues por la via natural.

Otra le comunicó Vertuniano, médico de Potiers.

Otra no espresa dónde ni quién la practicó; pero dice que la paciente parió despues naturalmente cinco veces.

Las otras dos las practicó Jacotin el año 1580.

Scipion Mercuri dice que vió dos operadas en Chateau-neuf el año 1604, y que la una habia parido despues.

Schênkio refiere otra que le comunicó Albosius en una carta.

Sonnio, médico de Brujas, la hizo siete veces á su muger, segun refiere Roonhuisen.

Olao Rudbec la hizo á su muger,

Bartolino dice, que estando en París vió la muger de un cirujano que habia sido operada cinco veces.

El P. Teófilo Renaud dá razon de diez de estas operaciones hechas con todo suceso en tres mugeres, de las cuales una en Auzois la sufrió seis veces, otra en Fleche, y la otra una en Mesmi cerca de Leon.

Saviard insertó en el diario de los sábios de 1692 la relacion de una muger que murió en el Hotel-Dieu de una hernia ventral de resultas de la incision que le habian hecho catorce años antes para sacarle una criatura por el vientre. La cicatriz que se observó en la matriz acreditó que la operacion habia sido completa.

En las actas de Leipsik año 1693 se dá noticia de otra hecha por Lanskich.

Joubert comunicó en el diario de los sábios del mismo año dos operaciones cesáreas hechas á una misma muger en el espacio de veinte meses.

Vatero en su disertacion *De partu cæsareo*, dá noticia de otra.

Rauleau refiere tambien otra en 5 de Febrero de 1689 á Catalina de Savineau.

La Motte hace relacion de otra en la observacion 345 de la nueva edicion.

La Académia de Cirugía al fin del año 1739 hizo venir de Guisa una operada para reconocerla. Ésta parió despues cuatro veces por la via natural.

Mr. de la Peyronie comunicó á la espresada Académia la observacion de otra muger á quien le habian hecho dos veces esta operacion, aunque antes habia parido naturalmente.

Thise la hizo á tres mugeres diferentes, y una parió despues naturalmente.

La Faye comunicó otra hecha por Mr. Brou en Beuville la Comte.

Noyer comunicó otra practicada el año 1726. La paciente habia parido antes, y murió en otro parto por no haber quien la operara hallándose ausente el anterior operador.

En la Real Académia de Ciencias año 1730 se refiere una de estas operaciones, comunicada por Helvecio y practicada por Madama Faldrin en 1723.

Blierre practicó otra en 1738 en la muger de un médico, la cual parió despues naturalmente.

Soumen practicó otra en 1740 (1).

Mr. Le Couté hizo otra en Hambie, cerca de Coutances.

Segun Roederer, Guenin ha practicado dos con todo suceso.

Cabany dice vió ahorcar una muger que habia sido operada dos veces.

Buyrette practicó una en Menchould.

Cacqué, cirujano del hospital de Reims, practicó otra.

Vimar la hizo á su muger.

Châbolio la practicó en Mezieres á Madama de Valandré haciendo la incision de la matriz en forma de cruz.

Zimmerman la hizo á la Condesa de Chercy para sacarla un feto con tres cabezas, y otro regular.

Cipriano, profesor de Anatomía y Cirugía en la Académia de Franker, en una carta á Melligton impresa en Leyden, refiere haber sacado un feto de la tuba con tan feliz éxito, que la muger parió dos fetos despues.

Cárlos Dionisio de Launay en su nuevo sistema de la generacion del hombre y de las aves refiere una operacion cesárea hecha felizmente por Prevost en Puiseaux.

Jorge Cristobal Frovenio describe en las actas de Breslaw una de estas operaciones practicada en su presencia con feliz éxito.

En las Memorias de la Académia de Ciencias año de 1731 se dá noticia de una operacion cesárea hecha con todo suceso por Mr. Michel.

(1) Estas observaciones se refieren en la primer Memoria de Mr. Simon, y las cinco siguientes en la segunda.

En el noveno tomo de la obra intitulada *Hamburger Magazin* se dice que Rungio sacó felizmente un feto de una de las trompas.

Thebesio dice, que vió practicar una con buen éxito en el hospital de Bicetre.

Morthon refiere otra hecha á una negra, la cual curó sin embargo de tener él que deshacer la sutura para sacar la placenta que el mal operador habia dejado en la matriz.

En el quinto tomo de los Ensayos médicos de Edimburgo se refiere, que Maria Donally hizo esta operacion con el mejor éxito en 1739 cerca de Charlemont á Alise-Oneal.

Trouard hizo otra en Dieppe.

Samson practicó otra en Roinville-sous-Anneau, Diócesis de Chartres.

Mr. Lebas hizo otra en 27 de Agosto de 1769.

Un cirujano de Attichi ha hecho dos operaciones cesáreas con toda felicidad, la última en 1772 (1).

Warroquier ha egecutado esta operacion con toda satisfaccion, haciendo la incision esterior sobre la línea blanca.

Jacobs despues de citar las siete operaciones que hizo á su muger el médico de Brujas dice, que M. Mrs. Roose, y Baveghen, cirujanos cerca de Dendermonde, tuvieron el mismo suceso.

Baudelocque habla de otra practicada para sacar un feto fuera de la matriz, por cuyo medio, dice (2), la muger se libertó de una multitud de accidentes, que tal vez le hubieran quitado la vida, lo cual prueba que no murió: mas adelante (3) refiere otra despues de la rotura de la matriz.

Existen buenas en París, dice Mr. Lauverjat, cinco mugeres que han sufrido esta operacion. La primera

(1) Estas cinco operaciones se practicáron haciendo la incision esterior transversal ó cuasi tranversa, lo cual dió motivo para que Lauverjat prefiriera este método.

(2) *Tom.* 2. *pag.* 336.

(3) Id. *pag.* 345. nota.

la hizo Mr. Vermont, y de dos niñas que sacó, la una se halla casada. La segunda la hizo Mr. Millot. La tercera Mr. Deleuryes, y las otras dos yo, segun mi método. Estas no tuvieron accidente alguno.

Mr. Pietsch practicó esta operacion en 13 de Julio de 1764 en Teresa Frohberger, vecina de Hirsingen,

Mr. Gallot, doctor en Medicina de la facultad de Montpeller, en la carta que escribió á Mr. Bougourd, comunicándole la operacion que habia hecho en Berry Lebas en 27 de Agosto, le dice que este mismo le habia asegurado haber practicado otra algunos años antes, y conocia un cirujano que la habia practicado siete veces á una misma muger. Gallot en otra carta á Pietsch dice, que lo que habia insinuado sobre la muger de Berry se lo habia asegurado el Conde de Tressan, teniente general de la Armada &c. en carta de 6 del corriente. Puede dudarse si estas siete operaciones son las mismas que Roonhuisen dice practicó Sonnio á su muger.

Fioravanti, médico y cirujano de Bolonia, dice que curó en Nápoles á una muger, á quien despues de una operacion cesárea le sobrevinieron dos hernias, una de la matriz, y otra de la vegiga. Fioravanti murió en 1588, de que se sigue sería esta operacion de las primeras que se practicaron en sugeto vivo.

Nicolás Robert publicó en París el año 1644 la historia sucedida en Montluzon de una muger que habiendo concebido tres veces en dos años, todos tres fetos se quedaron en el vientre petrificados hasta que se los sacaron por la operacion cesárea, á la cual sobrevivió.

Felipe Hoechstetter, médico Aleman, habla de una operacion cesárea practicada con suceso para la paciente.

Ronseo trata en sus cartas medicinales de un feto con un hidrocéfalo, que no pudiendo salir por la via natural, lo sacaron con toda felicidad por medio de la operacion cesárea salvando la madre.

Brand la practicó con el mejor éxito para hijo y

madre á Jacoba Roeel, vecina de Leyden, en 26 de Enero de 1782.

Segun esta lista han sido muchas las operaciones cesáreas en que las pacientes se han curado, aunque algunas han sido operadas por sujetos nada hábiles, y sufrido la operacion sin necesidad, como se puede asegurar de las que parieron naturalmente despues, y como se podría probar de otras que no se operarían el dia de hoy.

Yo no puedo comprehender en qué se fundan los que como Mauriceau, Rolfinckio, Guillemeau, Solingen, Dionis y otros de ningun modo quieren se haga esta operacion en las mugeres vivas, cuando de abandonarlas á la suerte, precisamente ha de morir la criatura ó criaturas, y tambien la madre, si la naturaleza próvida no abre un camino estraordinario para darle salida, ó no deseca ó petrifica el feto, de lo que aunque no faltan egemplos, éstos son muchos menos que los de las mugeres que han muerto por habérseles comunicado la putrefaccion del feto, por no tener fuerzas para arrojar poco á poco los huesos, y finalmente, por no haberlas operado, como probablemente se puede asegurar de la que habia operado seis veces Guillot, de la que operó Noyer, de la que dejó morir Mauriceau, y de las que habla Saviard en las observaciones 60, y 114.

Yo creo que habrán fallecido algunas mugeres despues de esta operacion sin que de ellas se haya dado noticia; pero comparando las que se sabe haber muerto con las que se han curado, el esceso de éstas es mucho para no asentir á que se curará una gran parte.

Mauriceau que la condena enteramente, solo dice (1), que todos los dias la hacen sin suceso en la Campaña. Yo sospecho que estas espresiones vagas mas indican que no habia visto ninguna, que no el ser tantas que sería dificil describirlas.

Mr. Le Roy en sus observaciones y reflexiones so-

(1) *Tom. 1. pag. 362.*

bre la seccion de la sínfisis de los púbis dice, que mientras él hizo dos de estas operaciones con todo suceso, se hizo una cesárea en el Hotel-Dieu, y que pereciéron madre é hijo. Un Religioso, sigue, que habia diez años estaba en este hospital, me dijo que en este tiempo se habian practicado siete, todas sin suceso (1).

Rolfinckio la condena por haber visto practicar una, cuyo efecto fué funesto.

Guillemeau dice lo mismo, aunque con mas fundamento por haber visto cinco desgraciadas.

Ruleau refiere la muerte de dos á quienes operaron estando ya agonizando.

Mr. De la Roche operó á una que murió á los cinco dias; pero se salvó la criatura.

En las Observaciones médicas de Londres se refieren dos de estas operaciones desgraciadas, la una practicada por Juan Huntter, y la otra por Mr. Thomson (2).

Baudelocque cita una de que murió la paciente; y en la inspeccion del cadáver se encontró una porcion de intestino metido y estangulado en la herida de la matriz.

El mismo acompañado de Desault hizo otra, y despues de algunos dias pasaron un sedal de la herida á la vulva; con todo, la paciente murió.

El citado autor dá noticia de cuatro operaciones cesáreas, haciendo la incision sobre la línea blanca, todas desgraciadas. La primera la hizo Henckel: la segunda un discípulo de Solayres, y las otras Deleurie y Moró.

Lauverjat confiesa que ha practicado dos de estas operaciones sin suceso, haciendo tambien la incision esterior sobre la línea blanca.

Bonnard, cirujano de Hesdin publicó en el diario de Medicina del mes de Mayo de 1778 haber hecho una operacion cesárea por encontrar osificado el cartílago que une los púbis. La paciente murió; pero se salvó la criatura.

(1) *Pag.* 33. (2) Vol. 4. *pag.* 261. vol. 5. *pag.* 439.

Schutzer refiere en el tomo 29 de las Memorias de Suecia, que una de estas operadas murió por su culpa, segun el autor.

El Recopilador de las causas célebres cuenta, que en 1775 se hizo una operacion cesárea cerca de Sedan despues de haber cortado un brazo á la criatura, y tentando inútilmente sacarla con un gancho. La muger murió á las 24 horas.

Storck en la obra *De conceptu, et partu naturali, &c.* impresa en Viena en 1757 dice haber visto dos operaciones cesáreas desgraciadas, aunque hechas por buenos cirujanos.

Juan Storck en una obra publicada en Aleman el año 1747 y 1750 en Gothinga, refiere una operacion cesárea desgraciada.

Deisch en su Disertacion: *De usu cultrorum, &c.* refiere una que se hizo por estar la muger con un asma convulsiva, en que perecieron madre é hijo.

Aunque sería facil probar en un crecido número de estas operaciones, que no murieron las pacientes de la operacion, como v. gr. las que refieren Rauleau y Deisch, la que practicó Huntter, y las que se hicieron en el Hotel-Dieu; con todo, suponiendo que no hubieran muerto sino se hubieran operado, ya se vé que son muchas menos que las que se han curado. Esta diferencia quizá será la causa de que todos los comadrones del dia juzgan precisa y útil la operacion cesárea en algunos pocos casos, que son los que conviene determinar.

Casos en que se debe practicar esta operacion.

La estrechéz de la pelvis, el feto monstruoso, las concepciones fuera del útero, las adherencias, las callosidades y los tumores de la vagina, del orificio y del cuello de la matriz han sido los indicantes de la operacion cesárea. Á estos han añadido algunos la corrupcion del feto, y Lauverjat ha agregado últimamente las convulsiones, la oblicuidad preternatural del

orificio del útero, y la aneurisma de la arteria vaginal; aunque nada dice despues en comprobacion de lo último.

En todos casos tiene por objeto conservar á la madre y á la criatura, si es posible, sino una de las dos, y cuando menos el bautizar la criatura.

Esta operacion tiene un tiempo de necesidad, y otro de eleccion. En ámbos se tiene el mismo fin; pero en aquel es mas contingente conseguirlo.

En cuanto al modo, se ha practicado, dilatando solamente las partes continentes del abdómen, ó bien éstas y la matriz. La primera se mira como la operacion incompleta, y la segunda como completa. Á éstas ha añadido Lauverjat la dilatacion del cuello del útero por la vagina, por lo cual la llama operacion cesárea vaginal.

Suponiendo que la operacion cesárea se divide en tres especies. Completa, incompleta y vaginal; la última está indicada en la union del orificio del útero, cuando éste se halla tan duro y calloso que de ningun modo se dilata, y cuando es tal su oblicuidad que no se puede enmendar. Está contraindicada cuando la estrechéz de la pelvis ó la deformidad de la cabeza del feto, hacen imposible la estraccion aunque se dilate el orificio ó el cuello del útero.

La gastrotomía ú operacion cesárea incompleta está indicada en las concepciones estrauterinas, y cuando el feto ha pasado de la matriz, ya esté la muger viva ó muerta.

La histerotomía, histeromotokia ú operacion cesárea completa está indicada cuando los diámetros de la pelvis son desproporcionados á los de la cabeza del feto; cuando hay en la matriz ó partes contiguas un tumor escirroso ó carcinomatoso, que no pudiendo estirparlo enteramente, sería necesario abrirlo por medio para que el feto saliera por la via natural; y finalmente en todas las mugeres que mueren estando embarazadas, si la criatura no se puede sacar prontamente por la via natural.

Todas tres especies se hallan contraindicadas cuando la paciente se considera sin fuerzas para salir de la operacion, como es de esperar cuando está moribunda ó en el estado que describe Heister (1). Entre estos casos se deben contar las dos observaciones que refieren Ruleau y Deisch, y las que hizo Huntter en Inglaterra, pues del estado de las pacientes no se podia esperar sino su muerte. No obstante en la última el niño que se sacó estaba bueno 16 meses despues, y es probable que se hubiera encontrado muerto si se hubiera esperado que muriera la madre para sacarlo. Esta circunstancia merece una particular atencion, cuando se interesa la sucesion de un reyno, y segun los conocimientos humanos la madre no pudiendo vivir, es mas contingente la muerte del fruto de su vientre, esperando á que ella muera para sacarlo. Yo creo que esto determinaría á Enrique VIII para mandar hacer esta operacion á su tercera muger y sacarle á Eduardo IX que sucedió á su padre en Inglaterra (2).

Sin embargo de que algunas de las operaciones cesáreas, que han tenido buen éxito se han practicado en casos deplorables, yo me inclino á que las mas de las que se han desgraciado ha sido por haberlas practicado despues que las pobres mugeres habian sufrido muchos dias los dolores é inquietudes del parto, se habian aniquilado sus fuerzas, y tal vez se hallaban con otros daños causados en los esfuerzos y en las tentativas inútiles para sacar la criatura por la via natural, como se puede congeturar de las operadas en Hesdin, y cerca de Sedan. Nos convenceriamos de

(1) Part. 2. pag. 766. *Si enim hæ (vires) jam nimis collapsæ, et ægra jam nimis debilis, atque extrema jam frigida, cum sudore frigido; verendum, ne vel mox post sectionem moriatur, atque si causa mortis ab imprudentibus aut malevolis sectioni ac chirurgo tribuatur, adeoque hoc in statu sectio hæc potius omitenda, ne, ut Celsus ait, eam interfecisse videatur, quam sors sua peremit.*

(2) Refieren este hecho varios Autores, y Dionis lo caracteriza de cruel.

esta verdad si tuvieramos noticias mas estensas de las mugeres que han muerto despues de sacarles con garfios, ó á pedazos los fetos, pues como ya se ha insinuado quizá serán muchas mas que las muertas despues de sufrir la operacion cesárea.

Por esto antes de maltratar á la parturiente con tentativas que pueden ser nocivas, y antes de resolver la necesidad de la operacion se ha de examinar con el mayor cuidado la capacidad de la pelvis, el volúmen de la cabeza del feto, si está vivo ó muerto, el sitio donde se halla; y si la muger morirá aunque no se la haga la operacion. Tomados bien estos datos se errará menos.

Cuando la muger se presenta antes de la hora del parto se puede reconocer bien la conformacion de su pelvis, su constitucion y demás disposiciones para determinar la necesidad de la operacion, y se puede escoger el tiempo mas oportuno de practicarla con esperanza de buen éxito para la madre y la criatura.

Los Ingleses que no reparan en matar la criatura cuando esperan salvar por este medio á la madre, dicen que no se ha de hacer la operacion cesárea, mientras la pelvis permita el introducir la mano, deshacer el feto, y sacarlo á pedazos. Nosotros que no podemos matar á un inocente cuando hay otro modo de salvar probablemente á la madre, y seguramente á la criatura, no los imitaremos sino cuando está muerto, y á mas el diámetro menor de la pelvis pasa de dos pulgadas, pues de lo contrario se ha de hacer la operacion cesárea, porque en ella es menor el riesgo de la paciente que el que amenaza la introduccion de la mano armada de los instrumentos con que deshacer, y sacar la criatura por una pelvis cuyo menor diámetro sea de dos pulgadas ó de menos.

Si el feto vive, si es de todo tiempo, y bien conformado se hará la operacion en teniendo el diámetro menor de la pelvis menos de tres pulgadas, pues como se ha dicho hablando del forceps, con este instrumento no se puede sacar una cabeza regular de

un feto vivo bien conformado por una pelvis como la espresada.

Este principio servirá de guia para cuando el feto es menor que el bien conformado aunque la pelvis sea mas estrecha ; é igualmente para cuando siendo la pelvis bien conformada , y aun mayor , el volúmen estraordinario de la cabeza ó cabezas del feto la hacen desproporcionada.

Determinada la necesidad de la operacion cesárea completa , no se practicará en los casos de eleccion hasta que la naturaleza manifieste las señales de estar dispuesta para espeler la criatura , que es cuando debemos ayudarle.

Algunos dicen que se ha de esperar á la evacuacion de las aguas por la via natural , con el fin de que se halle abierta para dar salida libre á los lochîos, y para que retrayéndose la matriz antes de la operacion tenga menos que contraerse despues. Esta razon solo tiene lugar cuando se teme la inercia de esta víscera , y por consiguiente que la herida no se reduzca tan pronto á la cuarta parte , como se observa comunmente. El otro fin se conseguirá del mismo modo si no se hace la operacion hasta que las membranas hayan dilatado el orificio del útero ; asi se consigue no solo que los lochîos tengan por donde salir, sino tambien interesar menos vasos , y la matriz se abre cuando está naturalmente estimulada para contraerse, y no fatigada ó cansada como podría dejándola padecer en contracciones inútiles.

Cuando se llega despues de haberse evacuado las aguas mucho tiempo , como sucede comunmente , se indagará con escrupulo todo lo que ha precedido , y segun lo que resulte del examen se resolverá sin precipitacion lo que conviene hacer , consultando el caso , si hay con quien.

Si el feto está muerto , y la muger tiene algun accidente grave como inflamacion ó gangrena en las partes esternas , no se hará la operacion hasta que con los fomentos , los baños , las inyecciones , las sangrías,

los tónicos ó sedantes, segun las circunstancias se hayan disipado ó moderado los síntomas.

Cuando la muger ha parido otra vez, se ha de examinar con mayor cuidado el estado de las partes blandas; pues si por alguna fractura, exostosis, ó por el vicio raquítico no se ha desproporcionado la pelvis, como sucedió á la que operó Huntter, el obstáculo para el parto no lo forman las partes duras.

Despues que La Motte observó y sentó por precepto que las cicatrices antiguas no eran un obstáculo invencible para el parto por la via natural, ninguno pone las adherencias, ni las cicatrices entre los indicantes de la operacion cesárea.

Parece que debia entenderse lo mismo de los grandes tumores segun el dicho de Levret, y la observacion que él comunicó á Mr. Simon (1); pero el haber muerto la muger despues de parir á los siete dias de estar de parto, y el riesgo de que se rompa la matriz, como en el caso que refiere Hildano (2) dán motivo para inclinarse á que si el tumor es tan grande que no se pueda estirpar, se ha de preferir la operacion cesárea, escogiendo para hacerla el tiempo de eleccion, con el fin de precaver la rotura de la matriz.

La dificultad de conocer con tiempo las concepciones fuera del útero, y cuando la criatura ha pasado de esta entraña á la cavidad del abdómen, habrá sido el motivo de los pocos casos en que se ha practicado la operacion cesárea incompleta, para sacar el feto del abdómen (3), como se podia hacer con menos riesgo que el que ha de esperimentar una

(1) Mem. de la Acad. *tom.* 5. en 12.° *pag.* 337.

(2) Centur. 2. obs. 67.

(3) En el diario de Medicina de París del mes de Mayo de 1768 se refiere una observacion de esta especie, comunicada por Mr. Thibault Desbois, cirujano de Mans.

Un cirujano de Orleans comunicó á la Académia de Cirugía otra, que aun no se ha publicado.

Bertrandi en su tratado de Operaciones refiere que Govei sacó una criatura viva al dilatar un tumor formado en la íngle.

embarazada dejándola á que despues de mucho tiempo la naturaleza se franquee el camino por donde salga la criatura, ó indique el parage por donde se dispone á espelerla, que es cuando el arte debe ayudarle.

Dificil es conocer la preñéz fuera del útero si no se han observado los progresos de dicha funcion; pero no lo es tanto si se examinan con atencion las mutaciones que se esperimentan en el medio y último tiempo del preñado.

En efecto, en la preñéz uterina, el útero se toca en el abdómen del tercero al cuarto mes, y el orificio se observa mas arriba. Por consiguiente la preñéz en que notándose el bulto del abdómen, y sintiéndose los movimientos de la criatura, el orificio del útero no muda de situacion, ni de figura, probablemente será estrauterina. Esto se confirmará si continuando la preñéz crece el vientre sin guardar la regularidad que en la preñéz uterina. Si la muger no es muy gorda los movimientos del feto son mas perceptibles al tacto aplicando las manos sobre el vientre, porque solo está cubierto de sus membranas y de las partes continentes del abdómen, las cuales deben haberse atenuado tanto cuanto se han distendido.

Estas señales, junto con que el bulto que forman el feto, las aguas y las membranas se mueve facilmente porque las partes á que se adhiere la placenta comunmente son movedizas; bastan para caracterizar la preñéz estrauterina, y aconsejar á la muger el descanso á fin de que no se desprenda la placenta con anticipacion, como las mas veces ha sucedido, segun se puede inferir del tamaño de los huesos que han salido por los abcesos formados para su espulsion.

Si de este modo se logra que la preñéz continúe hasta la madurez, se tendrá todo prevenido para cuando la naturaleza avise con los dolores estar dispuesta al parto; pues como dice Mr. Simon (1) las mas

(1) Mem. de la Acad. *tom.* 5. *pag.* 357.

de las que han concebido fuera del útero han tenido en el tiempo regular dolores semejantes á los del parto natural, como tuvieron dos que él refiere.

En este tiempo se conocerá que el feto no puede salir por la via natural en que el orificio del útero no se constriñe durante el dolor; ni se dilata despues como en el parto natural; en que el cuello está sobresaliente, y no se percibe la eminencia chata, que forma el feto cuando se halla dentro de la matriz; y además no se presentan las membranas, ni se derraman las aguas, si no se ha roto la vagina (1).

En este tiempo, que podemos llamar de eleccion, es cuando se ha de hacer la operacion; pero si solo apuntan los dolores, y la muger queda despues sin incomodidad, como se dice de muchas, no se practicará, pues se ha visto conservarse el feto toda la vida de la madre sin causarle la muerte, como podría la operacion.

Por tanto cuando se ha pasado el tiempo de eleccion, se atenderán con todo cuidado las mutaciones de la paciente con el fin de conocer la via por donde la naturaleza intenta hacer la espulsion, y facilitarla con la abertura de las partes continentes en el sitio indicado.

La esperiencia ha demostrado que la mayor parte

(1) Debo poner esta condicion, de que ninguno trata, porque segun una observacion remitida al Real Colegio de Cirugía de Madrid, en Barcelona murió una muger de parto habiéndose derramado las aguas, y tocado inmediatamente el feto por la vagina. Habiendo pasado á hacer la operacion cesárea completa, despues de muerta, se halló el feto en el abdómen, situado al través de una region ilíaca á otra. Examinando mas se encontró una abertura en la vagina, y la tuba falopiana izquierda muy dilatada, rota, y con las señales de haber estado en su cavidad implantada la placenta. El feto era de todo tiempo.

Segun la relacion del autor este feto se formó y conservó en la tuba, y despues de caer en el abdómen; las aguas se franquearon salida por la vagina, y por el mismo conducto introducían el dedo vários que tocaron inmediatamente la criatura, aunque alta. Esta observacion de concepcion en las tubas, llegada al término del parto natural, no admite tantas dudas como la que refiere el diario de Medicina de 1774, la que Marchant comunicó á Le Roux, y la de que habla Haller.

de estos abscesos, y los que se han curado mas fácilmente, se han formado al rededor del ombligo. Esto me ha dado motivo para pensar, si en tales casos convendría abocar á esta parte con los remedios apropiados.

Cuando por las señales que se han espuesto tratando de la rotura de la matriz ó de la vagina, se conoce que el feto ha pasado por ellas al abdómen, y por haberse ya constriñido, no se puede sacar por la misma, se debe hacer prontamente la operacion de que se trata, para conservar tal vez la criatura, y no dejarla perecer con su madre, como en el caso de Dionís y Saviard, quienes merecen con razon la censura que les hace Heister (1), pues aunque la timidéz los indemnice de no haber hecho la operacion mientras vivía la madre, no tiene disculpa el no haberla practicado despues de muerta.

Modo de hacer la operacion.

Apenas se podrá señalar un sitio del abdómen donde no se haya hecho la incision esterior de la operacion cesárea: unos la han practicado en los lados, directa, oblicua ó transversalmente, y otros sobre la línea blanca.

En los primeros tiempos, la practicaron haciendo la incision oblicuamente en un lado. Antes del año 1769, dice Baudelocque, solo Platnero y Guenin, habian dado alguna idea sobre la incision en la línea blanca; lo cual le objeta con razon Lauverjat, pues de los pasages que aquel refiere de estos autores no se infiere que aconsejan la incision esterior donde piensa Baudelocque, y además Mauriceau la habia aconsejado muchos años antes (2), un compañero de La Motte la habia ya practicado sobre la parte dicha (3),

(1) Instit. *tom.* 2. *pag.* 764. nota d.
(2) Edic. latin. *pag.* 247.
(3) *Tom.* 2. edic. en octavo *pag.* 220.

y Sebastian Mello la hizo en el propio sitio antes del año 1731 (1).

Comparando el éxito de las pacientes que han sufrido la operacion haciéndoles la incision esterior sobre la línea blanca con las en que se ha practicado en alguno de los lados del abdómen, hallamos que no han perecido menos en un método que en otro; pero no sucede lo mismo si se comparan las de los dos métodos referidos con las en que esta incision se ha hecho transversal ó casi transversalmente, pues consta que se han curado siete de las operadas con este método, y no consta que de las que han muerto se haya hecho la incision transversal (2).

No por esto aseguraremos la curacion de todas las que se operen del mismo modo; pero la observacion, que es el fundamento mas sólido en el arte de curar, está de su parte; por lo que espondremos solamente el modo con que la ha practicado Lauverjat, aunque de su método nos dió ya una idea tan clara nuestro Luis Mercado, como se verá por sus palabras. *Deinde hypochondrium sinistrum, sectione in transversum facta incidimus* (3).

Un bisturí convexo, otro corvo, angosto, y con boton en la punta, y una sonda acanalada son los instrumentos necesarios para esta operacion; aunque podrá tambien practicarse con solo el bisturí como dice Lauverjat haberla hecho alguna vez (4).

Un vendage de cuerpo con escapulario, planchuelas de hilas finas ó raspadas, algunas compresas cuadradas, y tiras de un emplastro pegajoso, como el de Andrés de la Cruz, compone el apósito para despues de la operacion. Además se tendrán hilas informes y

(1) Véase el *fol.* 355. de su obra intitulada La Comare Levatrice, impresa en Venecia en 1721.

(2) Dos que hizo el cirujano de Attichi; la que practicó Sanson; la que refiere el diario de Medicina de 1770, egecutada por Lebas; la que hizo Trovard, y dos que hizo últimamente Lauverjat.

(3) Véase el *fol.* 1057. de la Coleccion de Espachîo.

(4) Nouvell. method &c. *pag.* 141.

esponjitas finas para enjugar la sangre, agujas enhebradas, ó bordonetes, y el tenáculo para ligar el vaso que pueda derramar mucha sangre, aunque esto será raro, haciendo la incision esterior donde se dirá, y finalmente se tendrá una geringuilla y un cocimiento emoliente para inyectar la matriz.

Lauverjat dice que se tenga un embudo para tapar ó cubrir la herida mientras se dejan desahogar un poco los vasos adonde estaba adherida la placenta. Yo no comprehendo el uso de este embudo, pues no puede quitar el contacto del ayre, ni dejar salir la sangre, á menos que la paciente no esté acostada de lado cuando se hace la operacion, lo cual no especifica el espresado autor. No obstante, constando que las operaciones cesáreas acompañadas de una hemorragia uterina moderada han tenido menos accidentes, y se han curado mas pronto, segun espresa el autor referido; y siendo mas facil la salida de la sangre estando la paciente acostada de lado, creo tiene algunas ventajas el tenerla en esta situacion mientras se hace la operacion.

Prevenido lo necesario se situará la paciente acostada sobre el lado en que se ha de hacer la incision esterior. Este lado será el mas abultado del vientre, y la incision corresponderá á lo mas alto de la matriz, por lo cual unas veces se hará á la altura del ombligo, y otras mas arriba ó mas abajo. La incision se hará transversal comenzando á la parte esterna del músculo recto, y terminando frente del estremo de las costillas falsas inferiores.

La longitud de la incision esterior ha de ser igual y proporcionada al mayor diámetro de la cabeza del feto. Por esta razon no siempre ha de tener medio pie como quería Ruleau, ni de cuatro á cinco líneas, como aconseja Lauverjat, fundado en la imposibilidad de comparar el volúmen del feto que se vá á sacar, pues por la misma razon no ha de ser siempre igual la incision, y en caso de duda vale mas que la incision sea capaz de dar salida libre á la criatura, que no te-

ner que sacarle con dificultad, ó necesitar de agrandarla para poderla sacar.

Los antiguos señalaban con tinta la direccion y la longitud de la incision esterior; lo cual no es necesario á quien sabe manejar el bisturí, y conoce la estructura de las partes sobre que lo aplica. Tampoco hay necesidad de coger un pliegue de tegumentos para hacer sobre él la primera incision, basta el tenerlos firmes y apoyados contra la parte del útero que se ha de dividir despues.

Hecha la incision de los tegumentos comunes y de los músculos, se penetrará en la cavidad solo en el sitio donde sobresale el útero para que el instrumento no interese otra entraña, si por accidente se empuja con mas fuerza de la precisa para romper el peritóneo. Por esta abertura se introducirá la punta del dedo índice, ó la sonda acanalada, y sobre aquel, ó por la cánula de ésta se conducirá el bisturí de boton para concluir la dilatacion del peritóneo, apartando los intestinos si se presentan, para no cortarlos.

Inmediatamente se presentará el útero, y se le hará una incision en la misma direccion y de igual longitud que la esterior, lo mas cerca de su fondo que sea posible.

Si la placenta está implantada en el parage donde corresponde la division de la matriz, importa poco el comprehenderla, aunque sea necesario dividirla, porque la parte separada se puede sacar facilmente. Cuando la placenta no está implantada en el sitio de la incision, concluida ésta se romperán las membranas frente de ella, y se sacará la criatura segun la parte que presente á la abertura, guardando las reglas que se han dado para sacarla por la via natural.

Sacado el feto, la naturaleza espele por sí la placenta, aun en los cadáveres, segun dice Lauverjat. No obstante, si tarda en separarse, ó si está adherida al rededor del orificio del útero, se sacará luego, á fin de que pueda salir por él la sangre que caiga dentro de su cavidad.

Cuando la placenta ha sido dividida, se ha de cuidar el no dejar dentro la parte separada, que es el inconveniente que halla Lauverjat para que no se comprehenda en la incision, como dice lo aconseja generalmente Baudelocque, en lo que padece equivocacion, pues éste habla bajo la condicion de que se halle adherida en el sitio de la incision, en cuyo caso no hay necesidad de separarla y dilatar las membranas en otro parage.

Luego que salga por sí, ó se saque la placenta, se enjugará toda la sangre ó agua que se haya derramado en la cavidad del abdómen, y se hará una inyeccion emoliente tibia por la via natural que penetre hasta la matriz, para reconocer si el orificio de esta entraña está abierto, para que disuelva y lleve consigo los grumos de sangre que pueden haber caido en ella, y para suavizar su interior. Estas inyecciones se repetirán con el fin de mantener abierto el espresado orificio, lo cual es mas ventajoso que el introducir por él las cánulas que encargaron Rouset y Ruleau, ó pasar un sedal, como hicieron Baudelocque y Desault, porque estos cuerpos estraños no pueden dejar de irritar una entraña en el estado de su mayor irritabilidad.

Por la misma razon no se tocarán los bordes de la herida de la matriz con alcohol ó con vinagre aguado, con el fin de minorar la hemorragia de los vasos cortados, sino cuando esta entraña se conozca que ha caido en atonía; y aun en este caso se tentará primero el minorar este síntoma juntando los bordes, y manteniéndolos así un rato, con lo cual sin que se frunzan los bordes, como debe suceder tocándoles con alguno de los líquidos insinuados, se precave el contacto del ayre en la superficie interna de la matriz, que es donde hace mayor daño, se obliga á la sangre á salir por la via natural, y se estimúla mecánicamente á que se contraiga.

Luego que se haya enjugado la sangre, y suavizado con una fomentacion emoliente las partes que han estado espuestas al ayre, se mandará á la pacien-

te que doble el cuerpo lo que baste para que se toquen los lábios de la herida esterior, los cuales se mantendrán aproximados por medio de la situacion y de las tiras de emplastro. La herida se cubrirá con hilas raspadas, ó con una planchuela de hilas finas, sobre la cual se pondrán compresas cuadradas que cubran todo el abdómen, y todo se contendrá con el vendage de cuerpo.

El derramen de los lochîos en el abdómen, la inflamacion de la matriz ó del peritóneo, y su terminacion por gangrena son los accidentes mas temibles en esta operacion, y los que por lo comun provienen de irritacion, y así para calmarla, y para aquietar el ánimo de la paciente, despues de curada se la dará un caldo, é inmediatamente algun opiado, si no está en tal estado de debilidad que necesite darle graduadamente algunas cucharadas de cordial, ó un poco de vino aguado.

Si no sobreviene alguno de los accidentes referidos, no se levantará el primer apósito hasta que la supuracion desprenda las hilas; pero se humedecerán éstas en estando secas, para que ablandándoles con un cocimiento emoliente tibio no irriten, y susciten mas inflamacion que la necesaria para formar una buena supuracion. Al mismo tiempo se mojarán las compresas en el mismo cocimiento, y se encargará á la paciente la mayor quietud de cuerpo y tranquilidad de ánimo, sin dejar de darle los opiados si no duerme y sosiega algunos ratos sin causa manifiesta.

Se procurará mantenerle libre el vientre con las enemas emolientes, no dejando las inyecciones de la misma índole por la vagina hasta dentro de la matriz, pero sin que pasen al abdómen, á menos que no haya algun derramen, y sea mas facil introducir la inyeccion por la herida.

Si los lochîos salen por la via natural, si no hay tension ni dolor en la cavidad, si la paciente no tiene escalofrios, vómitos continuados, sed ni frecuencia demasiada de pulso, y si duerme algunos ratos, y la

leche viene á los pechos, no necesita otro régimen que el comun á las paridas, y curarle la herida con un digestivo anodino una ó mas veces al dia, segun la cantidad de pús que dé; pero si tiene la mayor parte, ó todos los espresados síntomas, se tratará como en los casos de inflamacion, observando con todo cuidado la terminacion á que se inclina.

El hipo, los sudores, la intermitencia, debilidad y frecuencia del pulso, y el aspecto cadavérico denotarán la terminacion por gangrena. La continuacion ó aparicion de los lochîos, la disminucion graduada del dolor y demás síntomas, darán á reconocer la resolucion.

Si se manifiestan las señales de gangrena, ó se percibe ésta en los bordes de la herida esterior se curarán con un digestivo balsámico, y se administrará interiormente la quina, asociada con los cordiales, ó con los narcóticos y sedantes, segun esceda la debilidad ó la irritabilidad.

Se conocerá que los lochîos se derraman en la cavidad del abdómen, cuando no salen por la via natural, ni por la herida, y se percibe tension, aumento de volúmen, y dolor en alguna parte de la cavidad espresada. En este caso se situará la paciente del modo mas propio para que el líquido derramado salga por la herida, y á mas se le comprimirá suavemente sobre el lugar donde aquel se ha acumulado. Con la misma idea, y con la de corregir la mutacion que pueda haber tomado, se harán inyecciones apropiadas, por la herida esterior ó por la vagina, segun por donde se conozca que llegan mejor al líquido derramado.

Á mas de estos accidentes suele sobrevenir la introduccion de alguna porcion de redaño ó intestino entre los lábios de la herida de la matriz, los cuales la comprimen y estrangulan al tiempo que se ván contrayendo y disminuyendo. Este accidente de que hablaba Baudelocque en sus lecciones, y

del que cita un egemplo en su obra (1), no es facil de conocer por que el dolor, la falta de escrementos por el ano, y los vómitos pueden provenir igualmente de una constriccion espasmódica en cualquier punto del canal intestinal que de la estrangulacion mecánica del intestino por los bordes de la herida de la matriz. No obstante, si se observan las señales de estrangulacion, se pasará á reconocer con la sonda, ó con el dedo introducido por la vagina si hay algun cuerpo estraño en la matriz, y habiéndolo se procurará reducir empujando con el dedo introducido por la via natural, y si no se puede así, tirando de la parte estrangulada por la herida esterior, lo cual es mas facil, mas seguro, y no mas arriesgado.

La matriz, el redaño ó los intestinos suelen tambien adherirse á la circunferencia de la superficie interna de la herida esterior. Esta adherencia no conviene deshacerla si no impide la salida de los líquidos que deben salir por la herida, y aun cuando la impidan solo se deshará en la parte por donde se considera que el tal líquido tendrá mas facil salida.

Estas adherencias son las que pueden precaver mejor la hernia ventral, que generalmente padecen las que han sufrido esta operacion. En una de las observaciones que refiere Lauverjat no apareció la hernia hasta que se deshicieron las adherencias que la matriz habia contraido con los bordes de la herida esterior, y aun entonces no fué tan grande como las observadas en las operadas por otro método; ventaja que no se puede negar al que se ha espuesto.

Cuando todo vá bien se curará simplemente la úlcera, segun sus estados, aproximando los bordes lo que se pueda para que la naturaleza tenga menos que encarnar, ó llenar de *granulaciones*, como se esplican los Ingleses.

La muger se llamará la leche teniendo cubiertos y calientes los pechos, y desahogándoselos dando de

(1) *Tom. 2. pag.* 293 *y* 94. nota.

mamar á la criatura si vive, á otra ó á algun perrillo. Por este medio se disminuirán y cesarán mas pronto los lochîos: y por consiguiente el riesgo de que se derramen en la cavidad. Si no le viene leche, se tratará como las que no han de criar.

Aun despues de cicatrizada la herida se mantendrá la paciente acostada algun tiempo para que la cicatriz se fortifique, y no se levantará sin llevar un buen braguero.

En los embarazos estrauterinos se hará tambien la incision transversal en la parte mas alta del lado mas abultado del vientre. La longitud de la incision será proporcionada al volúmen de la criatura. Hecha la abertura esterior con las precauciones dichas, se romperán las membranas, y se sacará la criatura. La espulsion de la placenta se cometerá á la naturaleza; porque su estraccion por el arte espone á que se arranquen algunas porciones de la parte á donde se ha adherido, ó cuando menos á una hemorragia duradera; porque no todas las partes pueden retraerse tan pronto como lo hace comunmente la matriz. Por estas razones si la placenta no se desprende por sí, se curará la paciente dejando el cordon umbilical en lo mas bajo de la herida, y no se tirará de la placenta hasta que ella se haya desprendido.

En los casos de rotura de la matriz ó de la vagina se hará la operacion en los mismos términos, dejando á la naturaleza la espulsion de la placenta si no está implantada al rededor del orificio, y si la abertura por donde salió la criatura del útero no se ha estrechado demasiado, pues en estos casos se preferirá el sacarla antes de curar la herida.

Si la rotura ha sido en la vagina, y la placenta no ha pasado al abdómen con la criatura, despues de cortar el cordon, se tirará de él por la via natural, y se estraerá ó no la placenta, segun las circunstancias enunciadas en su lugar.

Aunque la muger esté muerta se ha de hacer la operacion con el mismo cuidado que si estuviera viva,

porque la muerte puede ser aparente, y morirse de la operacion por mal egecutada. Por esta razon aun en las mugeres que parecen muertas no se hará la operacion sino cuando la criatura no se pueda sacar prontamente por la via natural, como lo hizo Mr. Rigodeaux consiguiendo el sacar la criatura en estado de vivir, y conservando á la madre sin tener mas que animarla cuando volvió despues de mas de nueve horas de su muerte aparente (1).

En estos casos se ha de hacer prontamente la operacion, pues de nada sirve el mantener abierta la boca de la difunta, ni el tener una cánula introducida en la matriz para retardar la muerte de la criatura, á menos que no se hayan roto las membranas, en cuyo caso puede el ayre llegar hasta la superficie del feto, y éste respirar hallandose capaz de ello.

La observacion de Rigodeaux basta para no dejar á la criatura por muerta hasta haber practicado todos los medios que sugiere el arte para manifestar la vida de los que aparentan haberla perdido.

De las hemorragias que vienen despues del parto.

Los vasos sanguíneos del útero dilatados en la preñéz reciben mas cantidad de sangre, la cual vuelve á los vasos mayores, ó se arroja fuera del cuerpo luego que el útero se contrae despues del parto. Por lo comun no se derrama sangre alguna hasta que la placenta se desprende en todo ó en parte por alguno de sus bordes. Digo por alguno de sus bordes porque puede no salir sangre y estar desprendida en el centro, como lo observó el célebre Albino. Le Roux esplica el modo como esto puede suceder, suponiendo, dice, que las contracciones comienzan en el fondo del útero, que con poca diferencia corresponde al centro de la placenta, éste debe desprenderse primero porque la

(1) Diario de los Sábios; Enero de 1749. Baudelocque trae un estracto en el *tom.* 2. *pag.* 283.

parte del útero á que corresponde se retrae tambien primero. Desprendido el centro de la placenta, la sangre que sale se queda entre ella y la superficie del útero, y vá distendiendo la placenta y abocando su centro al orificio de la matriz, de modo que si se reconoce la muger en este tiempo, se toca el orígen del cordon en el orificio dicho, sin que haya salido sangre, porque la que se ha derramado aun está contenida por los bordes de la placenta, que no se han desprendido.

De aqui se infiere que las hemorragias despues del parto provienen del desprendimiento de la placenta en toda su estension ó en algun punto de su circunferencia, sin que la matriz se haya contraido lo necesario para disminuir el calibre de las estremidades de los vasos que tenian comunicacion con la placenta.

Si la placenta no se ha desprendido, la sangre solo puede salir por una solucion de continuidad en la superficie interna de la matriz, ó por una verdadera rotura de todas sus membranas.

Esto nos conduce á dividir las hemorragias en unas que vienen por desprendimiento de la placenta, sin que esta haya salido de la matriz; otras que se verifican despues de arrojada ó estraida la placenta; y otras que vienen por solucion de continuidad.

Las que suceden habiendo salido la placenta suponen que la matriz padece inercia, y ésta puede ser total ó parcial, y en ámbos casos ser mas ó menos completa. La solucion de continuidad por lo comun no causa la hemorragia si no le acompaña la inercia, ó la placenta, ú otro cuerpo impiden la contraccion.

Reduciendo estas especies de hemorragias á las dos generales: diremos que las causadas por inercia, y por solucion de continuidad corresponden á las pasivas, y á las activas las que vienen cuando la placenta no ha salido de la matriz, y ésta la ocupa otro cuerpo, haya ó no solucion de continuidad.

Sería un error tratar todas las hemorragias consecutivas al parto con un mismo método, y hacer de

todas un mismo pronóstico. Por esta razon luego que se advierta la hemorragia se ha de indagar: 1º si la sangre viene del interior de la matriz: 2º cual es la causa.

Para reconocer de donde viene la sangre, se ha de examinar bien con la vista lo que ésta pueda registrar de las partes de la generacion, y con el dedo lo que éste alcance.

Moschîon que trató con estension de las hemorragias úterinas, notó ya que éstas venian algunas veces de la vagina. Peyrilhe (1) refiere que el año 1772 murió una embarazada de una hemorragia tan escesiva, que habiendo llegado cinco cuartos de hora despues halló á la paciente ya muerta anegada en su sangre. La proximidad de su muerte, y el indagar el orígen de la hemorragia le movieron á hacer la operacion cesárea, y no encontró vestigios de que la sangre hubiera salido de la matriz. Examinando las partes esternas vió el lábio derecho infiltrado, tumefacto, de color de violeta y notó en él una abertura transversal de una pulgada de largo: metiendo por ella el dedo tocó un saco capaz de contener tres onzas de líquido, dividido en varias celdillas y lleno de un cuajaron de sangre negra. Esto que observó Peyrilhe y que cree sería la hernia varicosa que describió Aecio despues de Aspasia, puede suceder antes del parto y despues. Yo he visto hemorragias y tumores sanguíneos formados en la superficie interna de los grandes lábios, y aunque algunos han sido en la hora del parto, los mas han aparecido despues.

Asegurados de que la hemorragia es uterina, se atenderá á si ha salido ó no la placenta, y á si han precedido las señales de la rotura de la matriz. Si la placenta está dentro, es menester sacarla, en la suposicion de que siendo esta hemorragia activa, y la placenta la que estimula, y la que al mismo tiempo se opone á la retraccion de la matriz, la hemorragia durará mientras la placenta no salga, ó mientras no

(1) Hist. de la Chirurg. *tom.* 2. *pag.* 785.

se forme un coágulo de sangre que tape los orificios, lo cual rara vez sucederá, porque las contracciones que hace la matriz ya que no pueden arrojar la placenta, esprimen toda la sangre, y le hacen salir por la vagina conforme vá cayendo en la matriz.

Si la placenta ha salido, se reconocerá con todo cuidado si le falta alguna porcion; para lo cual es menester no olvidar la variedad de figuras que puede tener segun el sitio donde tome orígen el cordon, y segun los vasos que la componen. En reconociendo que no está completa, se ha de procurar sacar la porcion que falta. Esta maniobra dice La Motte que se hace algunas veces cuando la falta se conoce inmediatamente, sin que lo adviertan las pacientes, como le sucedió con la que hace el objeto de la observacion 374 de la nueva edicion.

Cuando no ha salido la placenta, y por estar muy adherida alguna parte, por estar enkistada ó por haberse contraido espasmódicamente el orificio del útero no se puede sacar, es menester contentarse con calmar la irritabilidad, disminuir el movimiento de los fluidos en general, y ver si se forma un coágulo que sirva de tapon á los orificios por donde sale la sangre. Los opiados tomados interiormente, y aplicados al orificio del útero en forma de vapores son los que satisfacen la indicacion, especialmente cuando hay una constriccion espasmódica, y cuando la paciente tiene dolores fuertes. Hoffman recomienda estos medicamentos en las hemorragias que vienen por espasmo, aunque encarga que no se dén al principio, ni cuando ya la efusion de sangre ha quitado todas las fuerzas á la paciente. Smellie los usaba con frecuencia, y todos los Ingleses que han vigorizado el sistema de Hoffman, cuentan prodigios de su administracion en tales casos.

La misma hemorragia causando un desmayo facilita la salida de la placenta, ó dá lugar para sacarla sin que la accion estimúle á nueva y á un mayor constriccion.

Aun en los casos de inanicion, en que Hoffman no quería se usasen los narcóticos, son útiles estos medicamentos acompañados con algun tónico, é interpolando su uso con algun ácido diluido; porque en estos apuros la misma inanicion es un fuerte estimulante, y si la sangre deja de salir mientras dura el desmayo, vuelve á correr luego que se quita, habiendo cesado porque no hubo derrame el tiempo que él duró. Esta alternativa dura hasta que sale la última gota de sangre, si antes no se consigue con los narcóticos el que se haga imperceptible el estímulo de la inanicion, y con los tónicos confortar toda la máquina sin avivar la accion como hacen los estimulantes y cordiales, sino aumentando la potencia: efectos que debe producir la combinacion de los narcóticos con los tónicos.

Cuando la placenta ha salido toda, se suelen formar coágulos de sangre que hacen el mismo estímulo que podría hacer la placenta. En estos casos se ha de examinar por el tacto la naturaleza del coágulo, y se ha de observar si se aumenta sin que cese la hemorragia. Si con el coágulo se minora la hemorragia será dañoso el sacarlo ó el deshacerlo con los dedos, ó con alguna inyeccion disolvente. Por el contrario, si el coágulo aumenta de volúmen, y la hemorragia no se detiene, es menester sacarlo, porque cada vez se opondrá mas á que la matriz se contraiga, respecto de que aumenta el volúmen del cuerpo que debe arrojar. Para que el coágulo aumente sin que pare la hemorragia, es menester que una parte de la sangre se arroje en el tiempo de la contraccion, y que pasada ésta se coágule otra parte mientras la matriz está floja y en inaccion. Este tiempo es el mas apropósito para estraer los coágulos que se aumentan y no detienen la hemorragia.

Las hemorragias por inercia de la matriz son mas comunes, y no de menor riesgo que las referidas, porque suelen sobrevenir á un parto feliz, sin que lo advierta la paciente, ni la sospeche el facultativo, hasta

que la palidez del rostro, los bostezos reiterados, la pérdida de los sentidos, los desmayos, la falta ó intermision del pulso, el desmayo y el síncope dán á conocer que la enferma está próxima á su muerte cuando menos se pensaba, y lo que es mas cuando todos los socorros del arte suelen ser inútiles.

Mauriceau mira estas hemorragias como una de aquellas desgracias de la suerte, que toda la prudencia humana no puede precaver (1). La Motte dice, que ni todos los recursos de la naturaleza, ni los que la ciencia y la esperiencia dictan á un comadron, pueden evitar la muerte que se sigue á estas hemorragias inesperadas (2). Puzos se esplica del mismo modo, aun despues de poner en práctica los medios para detenerlas (3).

Me parece prevenir aquí que no todo desmayo proviene de una hemorragia. Las mugeres que hacen el vientre muy abultado en el embarazo, luego que sale la criatura y la placenta suelen desmayarse, y tanto mas cuanto el parto ha sido mas pronto; porque las vísceras del abdómen y los vasos sanguíneos de las estremidades inferiores, quedando libres de la compresion que les hacía la matriz, reciben mayor cantidad de sangre, y se pierde el equilibrio que antes habia en la circulacion. Estos desmayos son análogos á los que suelen tener los hidrópicos ascíticos mientras se les hace la operacion de la parasentesis, en no cuidando comprimir con las manos ó toallas, las partes que ván quedando sin la compresion que recibian de las aguas, que se ván evacuando, y así se precaven del mismo modo; y cuando no, se quitan luego que la parida se acuesta y se faja.

Para mayor inteligencia considerarémos dos estados de inercia en la matriz: uno cuando esta víscera ya padece debilidad antes del parto, y el otro cuando la matriz teniendo la accion correspondiente durante el

(1) *Tom.* 2. obs. 230.
(2) Cap. 13. obs. 749. de la nueva edic.
(3) Cap. 16. art. 1. *pag.* 171.

parto, la pierde en los últimos períodos. Á esta la distinguirémos con el nombre de inercia secundar a ó accidental, y á la otra con el de inercia primaria ó esencial.

Las señales de la inercia esencial quedan espuestas en el capítulo del parto trabajoso por esta cáusa, é igualmente el modo de precaver la hemorragia consecutiva, y así está demás el repetirlas.

Pudiendo venir la inercia despues del parto, será precaucion muy importante reconocer siempre el estado de la matriz para asegurarse si se ha contraido lo correspondiente, ó menos de lo ordinario. La falta de dolores en el hipogastrio, la flacidez de todo el abdómen, el tocar en la parte media inferior de esta cavidad un tumor grande, blando, igual, poco sensible, y que tiene su orígen dentro de la pelvis, denotan la inercia de la matriz, la cual será mas ó menos completa, segun la graduacion de estas señales; y ocupará el fondo, ó alguno de los lados, si las enunciadas señales se perciben en éstos, ó en la parte mas alta del tumor.

Se dice que el bulto ha de ser blando, igual y poco sensible para no confundirlo con los tumores escirrosos que suelen tener en el útero algunas mugeres, los cuales son duros y desiguales.

Cuando la matriz está sensible hay mas probabilidad de que se vaya contrayendo sin usar de otros medios que la situacion horizontal, la faja comun, y el dar á la parida un buen caldo.

Las indicaciones que presenta la hemorragia que viene por inercia de la matriz son darle tono, estimularla para que se contraiga; y cuando esto no se consigue, disminuir el calibre de las estremidades de los vasos, ó ponerles un cuerpo que los tape.

Los medios que para esto se han empleado con suceso han sido la situacion horizontal, la compresion de la matriz, el estimular con frotaciones el vientre y el útero con los dedos, el aplicar agua fria ó vinagre aguado, y aun nieve sobre el vientre y partes

esternas de la generacion, el rociar agua sobre las partes dichas, los baños de agua fria, el meter alternativamente los pies en agua fria, las inyecciones de la matriz, el uso interno de los tónicos, los cordiales, y los estimulantes, ya solos, ya asociados con los restaurantes, y finalmente los tapones. Discurramos por cada uno de estos remedios.

La situacion horizontal con el vientre hácia arriba conviene en todas las hemorragias uterinas por cuanto disminuye el movimiento de la sangre, lo cual la proporciona para que se forme un coágulo que la detenga. La esperiencia manifiesta que con esta situacion se detienen muchas hemorragias, y cuando menos se retardan los desvanecimientos de cabeza ó los desmayos. Moschîon no se contentaba con que la muger estuviera en situacion horizontal, queria que cruzara las piernas, y las tuviera levantadas (1). Yo tengo por perjudicial el tener levantadas las piernas, porque cuanta dificultad opongan al curso de la sangre arterial, tanto se detendrá ésta en los vasos de la pelvis, y la hemorragia será mayor.

Por la misma razon tengo por inútiles, y aun nocivas, las ligaduras fuertes; pues si éstas detienen el círculo en las venas de la ligadura abajo, y en las arterias de la ligadura hácia el tronco, éste se cargará de sangre, é igualmente los vasos de la pelvis. Este pensamiento del Doctor Hamilton lo confirmó la observacion de una muger que padecía una supresion de la menstruacion siete meses habia. Despues de haber empleado varios remedios, le hizo aplicar un torniquete sobre las arterias crurales. Á los veinte minutos el pulso se le puso frecuente: á la media hora sintió peso y como plenitud en la matriz, y á la hora y media comenzó á salir la menstruacion. De lo cual se infiere, que si la compresion de las arterias y de las venas del muslo pueden hacer que venga la menstruacion, podrán mas facilmente continuar una hemorragia uterina.

(1) Harmon. Gynec. *cap. XX.*

La compresion de la matriz ha sido recomendada por varios; aunque con alguna diferencia. Dassé, comadron de París, en el diario de los Sábios del mes de Agosto de 1722, dice que se han de hacer movimientos con las manos aplicadas sobre la matriz en todas direcciones, para que todas sus fibras participen de este auxilio.

Puzos quiere que sin hacer movimientos se coja la matriz entre las manos, y se comprima con ellas graduadamente. Le Roux prefiere este método porque sostenida la matriz durante la relajacion, que es cuando sale la sangre y se acumúla en la cavidad, podrá con este apoyo mantener los vasos aproximados, y precaver que la efusion de sangre sea tan grande. Él mismo refiere, que un cirujano de crédito le ha asegurado haber suspendido muchas hemorragias con esta simple maniobra (1), la cual no tiene inconveniente alguno en el caso de inercia; pues haciendo la compresion uniforme en toda la matriz, no hay que temer la inversion á que puede dar lugar la compresion no egecutada segun propone este autor.

Las frotaciones sobre el vientre con las manos solas, ó con paños secos y calientes, como propone Jacobs, y el estimular con los dedos el orificio de la matriz, ya frotándolo con la punta, ó metiéndolos dentro como quien vá á dilatarlo, segun recomienda Levret, todo con el fin de escitar la contraccion, son medios que pueden servir cuando la inercia no es completa; pero como esto no se puede asegurar hasta que se pasa algun tiempo, y como por otra parte de practicar estos medios con prudencia no puede venir daño alguno, pueden ponerse en práctica.

El método de Levret tiene su principal lugar cuando estando el cuerpo de la matriz en inercia, en el orificio hay algun espasmo, lo cual se verifica constantemente, como él asegura, cuando dice, que si despues del parto el fondo y las paredes de la ma-

(1) Pert. de sang. *pag.* 182.

triz quedan sin accion, el orificio se contrae fuertemente (1).

El introducir toda la mano en la matriz y estimularla por este medio á que se contraiga, y aplicar los dedos sobre los orificios por donde sale la sangre, teniendo al mismo tiempo la otra mano aplicada sobre el vientre, es un medio mas violento; pero que no carece de indicacion, porque si se aconseja con razon el mantener la placenta y la mano que se ha introducido para sacarla hasta que la matriz se conozca que se contrae sobre ella, lo mismo se podrá esperar de la introducion de la mano en las hemorragias por inercia.

Nadie niega la utilidad del agua fria, del vinagre aguado, y de la nieve aplicada en paños ó en rocíos sobre el vientre y las partes pudendas. Los rocíos de agua en la cara, y el meter los pies prontamente varias veces en agua fria, son unos estimulantes capaces de escitar la accion de la matriz abatida. Estos medios por hallarse en todas partes, y por su utilidad, son los que primero se practican; pero no siempre producen el efecto deseado.

Al mismo tiempo que se ponen sobre el vientre compresas mojadas en vinagre aguado, se contienen con una faja que ayude con la compresion, medio que aconseja tambien Levret (2).

Galeno recomienda mucho las inyecciones de agua de llanten para detener las hemorragias uterinas (3). Próspero Alpino detuvo una de éstas que tenia su amada esposa, con las inyecciones de un cocimiento de acacia en vino, las cuales debian penetrar hasta lo interior de la matriz, segun el instrumento con que las hizo (4). Smellie dice que algunos prácticos las hacen de los espíritus puros (5). Astruc refiere, que un

(1) Suit des observ. art, 11. *pag.* 277 *y* 78.
(2) Id. art. 10. *pag.* 266.
(3) Met. med. *lib.* 5. *cap.* 5.
(4) De met. *lib.* 12.
(5) *Tom.* 1. *lib.* 4. *cap.* 1. *art.* 3. *sec.* 3. *pag.* 426. edic. franc.

cirujano detuvo una hemorragia de esta especie inyectando vinagre puro en la matriz (1). Todo lo cual manifiesta que en tales casos la matriz recibe sin daño los medicamentos adstringentes, y aun los estípticos, y así se graduarán éstos segun la hemorragia pida la mas pronta suspension.

Las inyecciones pueden ser muy nocivas cuando se vá formando un coágulo que puede suspender la hemorragia, y cuando la matriz está rota, y así deben omitirse en estos casos.

Cuando con el uso prudente de estos medios y de los medicamentos internos que dirémos, la paciente comienza á sentir algunos dolores en la matriz, es buena señal y se puede aguardar el detener la hemorragia, porque estos dolores indican que la espresada víscera vá recobrando su accion al mismo tiempo que la sensibilidad; pero si por el contrario se mantiene en el mismo estado, ya que no se puede animar para que contrayéndose cese la hemorragia, es menester hacerlo tapando casi mecánicamente los orificios por donde sale la sangre con los tapones recomendados de los antiguos, y cuya eficacia ha probado últimamente Mr. Roux con muchas observaciones.

El miedo de que los tapones irriten por su volúmen y materia, ó por los líquidos de que se empapan, es una circunstancia mas para preferirlos en las hemorragias por inercia de la matriz; pues como se ha dicho, conviene el estimularla para que se contraiga. No obstante, siendo aplicables los tapones como estremo recurso en todas las hemorragias, y obrando ellos comprimiendo por su volúmen las cavidades por donde sale la sangre; y absorviendo la parte mas ténue para que se pueda formar un coágulo que tape los orificios, creo que no será indiferente el hacerlos indistintamente de cualquiera materia. Tampoco lo será el introducirlos secos ó mojados en un líquido adstringente, ó anodino.

(1) Malad. des fem. *tom.* 5. *pag.* 350.

Moschîon se servía de lana blanca para hacer sus pesarios ó tapones, y los empapaba en el zumo de hypsistis y de acacia disueltos en vinagre con un poco de ópio (1). Hipócrates de un medicamento en que entraba el alumbre (2). Paulo Egineta los empapaba en vinagre (3). Otros, segun Nicolás de la Roche, empleaban una esponja embebida de vinagre, de pez ú otras drogas (4). Fabricio Hildano los hacia de estopa suave, y los mojaba en un cocimiento de llanten, de rosas secas, hojas de ciruelo silvestre y aliso (Bursa pastoris), y luego lo rociaba con los polvos siguientes: *R. Farin. volatil. ℥ij. Terr. sigil. Sanguin. Dracon. Gyps. Ciner. ranar. aquatil. an. ℥iij. Musc. Cran. human. ʒj. m. f. p. subtilis* (5).

Smellie se sirvió de una esponja empapada en una disolucion de alumbre hecha en una mezcla de vino y de agua para suspender una menstruacion abundante (6).

Cornelio Trisen detuvo una hemorragia que habia comenzado seis años habia despues de un parto, llenando la vagina con un pesario hecho de estiercol de trucha, tierra sellada, bol armenio, hilas y clara de huevo, macerado y batido todo en agua de herreros (7).

En el diario de Medicina del año de 1761 se refiere, que un cirujano detuvo una hemorragia uterina considerable introduciendo en la vagina un pesario de agárico.

Le Roux dice que se pueden hacer de cualquier lienzo, y empaparlos en vinagre puro, medios que se encuentran á mano en todas partes. Á la verdad la necesidad no dá lugar muchas veces á la eleccion;

(1) Harm. Gynec. *cap. XX.*
(2) De mulier. morb. *cap. 76. lib.* 1.
(3) *Lib. 7. cap.* 24.
(4) Colecc. de Spachîo.
(5) Epist. 39. *pag.* 987
(6) *Tom.* 2 *pag.* 42. edic. franc.
(7) Observat. Chirurg. fasciculus, *pag.* 49. Leyden, 1743.

pero si dá treguas, me parece que se debe hacer la siguiente diferencia.

Cuando la hemorragia es activa, se preferirán las materias mas suaves, y se empaparán de licores calmantes, como un cocimiento de cabezuelas de adormideras ó de llanten con una disolucion de ópio.

Si la hemorragia es pasiva se pondrán los tapones secos, y en este caso el agárico y la esponja tienen la preferencia, porque se hinchan mas con la humedad, y recibiendo mayor cantidad de suero, dejan la sangre mas dispuesta á formar el coágulo.

Cuando la hemorragia pide mas pronto y activo socorro, y que por su poca cantidad se considera á la sangre incapaz de formar coágulo, se introducirán los tapones hasta dentro de la matriz, y empapados en una disolucion de las sales neutras vitriólicas, como el alumbre ó la alcaparrosa; ó en algun ácido vegetal, como el vinagre; ó en uno mineral debilitado con agua para que no sea cáustico, sino estíptico, adstringente ó estimulante, segun la necesidad.

Los antiguos querían que se renováran con frecuencia los tapones; pero no se deben quitar hasta que suspendida la hemorragia sienta la muger que le incomodan, porque esta sensacion denota que la matriz tiene ya alguna accion, y es regular que acabe por sí de contraerse.

Los medicamentos internos usados en estas hemorragias son los tónicos, los cordiales y los analépticos, ya interpolados, ó ya mezclados unos con otros. El buen caldo con un poco de vino generoso ó de agua de canela, el cocimiento de quina con la cascarilla, y alguna confeccion cardiaca, ú otros de la misma naturaleza, se han empleado con buen éxito.

En las hemorragias por solucion de continuidad, si ésta no ha llegado á romper todas las membranas de la matriz, tienen alguna preferencia las inyecciones mas ó menos adstringentes, y los tapones, aunque por lo comun nunca son de mucha duracion cuando la matriz se contrae como debe, y si no

lo hace, se tratará como en la inercia.

Cuando la matriz está rota é incapaz de contraerse, la hemorragia es mucho mas temible, pues no hay el recurso de las inyecciones ni de los tapones; porque poco importa que éstos impidan que la sangre salga por la vulva, si puede caer en la cavidad del abdómen; y aun cuando por la cantidad no mate á la paciente, espone su vida si la naturaleza próvida no la depone por la abertura de la matriz, ó formando un abceso por donde pueda el arte darle salida.

En estos casos si se aplica algun tapon, debe ponerse en los bordes de la rotura para que tapando los vasos, la sangre se detenga y no caiga en el abdómen ni en la matriz.

Le Roux describe otra especie de hemorragia que él llama por eretismo, y que segun el modo con que la esplica es una desigualdad de contraccion de la matriz, ó una inercia de la parte donde estaba adherida la placenta. En esta suposicion no conviene usar de los medicamentos tónicos ni calmantes solos, á menos que los dolores no sean fuertes y continuados, pues en este caso se han de calmar, como se hace con los dolores falsos antes del parto, ya vengan solos, ya interpolados con los verdaderos.

Mauriceau, dice el autor espresado, es el único que ha tratado de la hemorragia uterina despues del parto, causada por irritacion de las materias fecales, que escitando violentos dolores, y combinándose con las contracciones uterinas, pueden causar una hemorragia por espresion, seguida de una inercia, tanto mas nociva, cuanto menos tiempo hay que pasó el parto. En prueba de esta verdad refiere una observacion que la acredita, aunque la paciente murió despues por dos indigestiones que tuvo una sobre otra. (1).

La inversion del útero produce tambien la hemorragia por la dificultad de rehacerse; pero regu-

(1) Pert. de sang. *pag.* 264. á 68.

larmente cesa si se logra volverla, ó que disminuya de volúmen, tratándola como se dirá

De la procidencia de la matriz.

Aunque se ha disputado mucho la posibilidad de esta enfermedad; despues de las observaciones de algunos antiguos, y de casi todos los modernos, nadie duda su existencia (1). La duda y las disputas han provenido de la equivocacion entre la procidencia del útero y de la vagina.

Se llama descenso ó procidencia de la matriz cuando esta víscera se halla mas baja que lo natural, ya se quede dentro de la vagina, ó ya salga fuera de la vulva. Si sale fuera de la vulva toma el nombre de procidencia completa, y el de incompleta cuando se queda dentro de la vagina.

Siendo estas dos enfermedades grados de una misma, se distinguen mejor con el sobrenombre de completa ó incompleta, que dándole nombres diferentes, como lo han hecho varios autores.

La Motte llama relajacion á la procidencia incompleta, y descenso á la completa (2). Le Moine en la traduccion de Burton (3) dá el nombre de descenso á la procidencia incompleta, y de caida á la completa. El traductor de Smellie (4) la llama generalmente caida. Heister conoce por descenso cuando la matriz no sale de la vagina, y por prolapso ó procidencia cuando sale fuera (5).

La matriz puede padecer la procidencia hallandose en tres estados diferentes: 1º sin estar ocupada: 2º estando además invertida: 3º estando ocupada con una criatura ó mola.

La procidencia en el primer estado puede ser an-

(1) Véase á Heister, *tom. 2. pag.* 1084 *y* 85.
(2) *Tom. 2. pag.* 1247. nueva edic.
(3) *Tom. 2 pag.* 274. Trad. de Le Moine.
(4) *Tom. 1. pag.* 445.
(5) *Tom. cit. pag.* 1085.

tigua ó reciente, y en ambos casos hallarse la matriz inflamada, ulcerada ó gangrenada.

La inversion rara vez se verifica sino despues del parto; y no siempre se consigue volver hácia dentro la superficie que miraba hácia afuera, logrando solo el introducir la matriz invertida dentro de la vagina, como en el caso en que acusáron de impericia á Mr. Le Roy (1). La inversion puede ser total, parcial y principiante.

La matriz con la criatura puede salir fuera de la vulva antes del parto, y en la hora del parto, y estar toda fuera, ó una parte solamente.

Las causas predisponentes de la procidencia son la flojedad de todos los ligamentos que mantienen la matriz en su situacion natural, la laxitud de la vagina, la mucha capacidad y poca altura de la pelvis.

Las flores blancas, la vida sedentaria, el trabajo continuado, la falta de buenos alimentos, el esceso de la venus, las enfermedades habituales, y todo lo que puede causar una laxitud general, relajará los ligamentos y partes referidas, sobre las cuales así dispuestas, serán mas sensibles los efectos de las causas ocasionales siguientes.

Los dolores fuertes y continuados, los vómitos, el tenesmo, la dificultad para obrar ú orinar, los saltos, las caidas, los gritos, el suspender la respiracion, y hacer con fuerza la espiracion determinando las vísceras de la pelvis hácia abajo, pueden ir relajando los ligamentos de la matriz, y dejarla salir fuera de la vulva.

La orina detenida y la mucha gordura cayendo sobre la matriz, por su peso y por la flojedad que inducen pueden determinarla hácia abajo.

Los esfuerzos continuados de un parto pesado, y las maniobras de uno trabajoso, dejando la matriz floja, la disponen para la procidencia, la cual se verifica aun antes que se termine el parto, si la pelvis

(1) Defensa responsoria &c. París, 1787.

es mayor de lo ordinario, y si el orificio de la espresada víscera no se dilata lo necesario antes que vengan los dolores terminantes.

Aunque la Motte (1) piensa que las recien paridas no padecen la procidencia del útero hasta que se levantan, las observaciones de otros (2) prueban que se puede verificar despues del parto, y aun antes que éste se concluya.

La procidencia con inversion no sucede sino inmediatamente despues de salir la criatura, y por lo comun conoce por causa la inercia de la matriz, y el tirar indiscretamente de la placenta cuando está adherida, ó el hacer esfuerzos para arrojarla.

Las señales racionales de esta enfermedad son la pesadez y embarazo que siente la paciente cuando vá á orinar ó mover el vientre, los dolores en la parte superior de los muslos y en las íngles, la desazon en toda la cintura cuando está en pie, todo lo cual se mitiga, ó cesa enteramente mientras la muger está acostada, de modo que por la mañana antes de levantarse de la cama cree no tener cosa alguna.

Aunque Puzos (3) cree que no es menester reconocer á la muger para determinar que padece una procidencia de la matriz, lo mas seguro es pasar al reconocimiento luego que se noten las señales racionales.

Si metiendo un dedo en la vagina se toca en ella á menor distancia que la de su longitud un tumor con un orificio transversal, los lábios desiguales, y que empujándolo se sube, y vuelve á bajar en dejándolo á su accion, se puede concluir que hay una procidencia incompleta de la matriz, lo cual se confirmará no tocándola por el hipogastrio; porque puede suceder que se forme un tumor con un orificio parecido en algun modo al de la matriz, y haber proci-

(1) *Tom.* 2. *pag.* 1251. nueva edic.
(2) Smellie; *tom.* 3. *pag.* 528. edic. franc. Mauriceau, *tom.* 2. obs.
(3) *Pag.* 242.

dencia, como en el caso que pinta Heister en la *fig.* 4ª lám. 34.

Sin embargo, creo que no es dificil distinguir estos tumores, formados comunmente por la membrana interna de la vagina, de la procidencia completa de la matriz; porque el orificio de ésta es transversal, los lábios son desiguales, y el tumor es mas ancho en la parte superior, como formada por el fondo de la matriz, en lugar que los producidos por la vagina tienen su mayor anchura en la parte inferior, y el orificio que dejan es redondo é igual.

Los polipos se distinguen de la procidencia sin inversion en que no tienen orificio, son desiguales y mas blandos que la matriz, están fijos en algun punto, y no suben aunque se les empuje hácia arriba.

La procidencia con inversion se conoce en que tocando el vientre no se percibe la matriz, en que la superficie del tumor es desigual y no cesa de salir sangre por sus porosidades, en que el tumor es mas ancho en la parte inferior, y no tiene orificio.

El pronóstico de la procidencia se deduce de la edad y constitucion de la paciente, de la antigüedad, de sus grados y del estado en que se halla la matriz.

La procidencia sin inversion se cura cuando es reciente, producida por una causa pasagera, como un parto perezoso, y estando la muger bien constituida. La que viene acompañada de inflamacion, escoriacion ó ulceracion, no deja por eso de ser curable, aunque dure mas la curacion. La antigua por lo comun no admite mas cura que la paliativa; y aunque las mas de las que la padecen no conciben, y si conciben, rara vez llegan á parir de todo tiempo, no es señal segura de esterilidad.

Cuando le acompaña la inversion es dudosa la curacion; y si creemos á los autores (1), mas son las

(1) Los casos que refieren Cárlos White, tercera edic. en inglés apendice, *pag.* 433.

que han muerto que las curadas, y de éstas algunas han quedado con la inversion, en cuyo caso no pueden concebir (1).

La procidencia estando el útero embarazado se reduce á la reciente luego que se concluye el parto, y así su pronóstico es el mismo.

La curacion de la procidencia sin inversion puede ser preservativa, radical y paliativa. Ya se ha dicho el modo de precaver la salida de la matriz con la criatura en la hora del parto, cuando se teme que suceda, como en las que tienen la pelvis espaciosa, y en las que, no faltando los dolores, el orificio del útero tarda en dilatarse.

Tambien puede precaver la procidencia el que la muger no use del matrimonio poco despues del parto, no se levante pronto de la cama, ni se entregue inmediatamente á trabajos fuertes, especialmente si padece flores blancas, ó ha tenido otra vez la procidencia.

Cárlos White, suponiendo que la absorcion aumentada de los lochîos es la causa de la calentura puerperal, y que esta absorcion es mayor estando en la cama, quiere que se levanten las paridas á las veinte y cuatro ó cuarenta y ocho horas, para precaver la calentura dicha, asegurando que si á las paridas se les hace estar en la cama para evitar la procidencia de la matriz, ésta no se ha verificado en ninguna de las que él ha hecho levantar temprano.

Contra estos hechos están los de otros muchos, y especialmente el de La Motte, que como se ha dicho, asegura que no se verifica la procidencia hasta que se levantan. Á la verdad si fuera cierto el que levantandose á las veinte y cuatro horas se precavía la ca-

Ruischîo, obs. 10. 26. La Motte, obs. 413, nueva edic. Smellie, col. 44 caso 3 y 4.

Mauriceau. obs. 355. y 685. Giffard. caso 178. Chapman, caso 29. Le Roux, obs. 57, 58, 59 y 60. Portal, obs. 79. Amand. obs. 40 y 70. Puzos traité des maladies de la matrice *pag.* 250.

(1) Caso citado de Le Roy.

lentura puerperal, se debia hacer aunque se espusiera como se espone la que lo haga á padecer una procidencia de la matriz.

Si no obstante las precauciones referidas, se verifica la procidencia, la curacion radical se consigue reduciendo la matriz á su lugar, manteniéndola en él, y fortificando las partes flojas para que no la dejen bajar otra vez.

Cuando la matriz está muy inflamada se ha de calmar la inflamacion antes de hacer la reduccion de la procidencia. Para este fin se tendrá la paciente en la cama acostada boca arriba, con los muslos y las rodillas en una media flexion, pues en esta situacion se modera la tirantez de los ligamentos que suspenden la matriz, y ésta no pende directamente de ellos. Además, si la procidencia es completa, se sostendrá la parte que se halla fuera de la vulva con un vendage suspensorio, ó con cabezales proporcionados puestos debajo. Al mismo tiempo se cubrirá la matriz y partes esternas de la generacion con paños finos mojados en un cocimiento emoliente, anodino, ó resolutivo, segun los grados de sensibilidad, irritabilidad, ó inflamacion.

Las sangrías generales que algunos aconsejan se hagan grandes y reiteradas, no se deben ordenar mas que á las mugeres robustas y pletóricas; pues si la plenitud es poca, la dieta suple el efecto de las sangrías, sin debilitar tan pronto. Las sangrías locales sin alterar mucho toda la máquina quitan la turgencia de la parte enferma, y facilitan la resolucion. Las sanguijuelas aplicadas á los lábios, al perinéo, ó la margen posterior del ano, ó las escarificaciones ligeras disminuyen la turgencia en que comunmente se hallan los vasos del útero cuando está fuera de la vulva. En los casos desesperados se pueden hacer escarificaciones sobre la parte inflamada, como propone Heister (1), fundado en el suceso con que se hacen en las in-

(1) *Tom. 2. pag. 1088. Nota* a

flamaciones de otras partes.

Si la inflamacion no es mucha se debe reponer la matriz, pues la esperiencia manifiesta que de este modo se resuelve mas pronto la inflamacion, ayudando á la naturaleza con los vapores ó inyecciones apropiadas.

Antes de hacer la reposicion se procurará evacuar el recto por las enemas, y la orina si se sospecha que la vegiga contiene alguna.

Hecho esto se situará la paciente de modo que las nalgas estén levantadas, el abdómen, los muslos y las piernas en media flexion, y la cabeza algo elevada. El operador con las manos untadas de algun mucílago fino, manteca fresca, ó aceyte dulce, pondrá dos dedos de una mano al rededor del orígen del tumor, y con la otra acomodándola á la figura de éste, lo comprimirá suavemente, dirigiendo la fuerza hácia la abertura que dejan los dedos colocados antes al rededor, que es por donde ha de entrar. Luego que entre alguna porcion, con los dedos que están en su orígen se impedirá el que vuelva á salir, mientras se acomoda la mano que hace el empuje para continuar la reposicion. Cuando se puede cubrir con los grandes lábios la porcion que hay fuera, se acaba de meter sin molestia de la paciente, poniendo el borde interno de cada mano á lo largo de los lábios, y comprimiéndolos hácia adentro, y hácia arriba.

Las que padecen habitualmente la procidencia de que se trata, reponen facilmente la matriz cogiendo el tumor con las dos manos juntas, ó con una sola, y comprimiéndolo hácia arriba, al tiempo que suspendiendo la inspiracion tiran de los tegumentos del vientre.

Si ha costado mucho trabajo el introducir la matriz en la vagina, ó si se ha metido algo inflamada, no conviene porfiar en acabar la reposicion; y así dejándola para otro dia, se precaverá solamente su nueva salida poniendo sobre la vulva una pelota suave, ó compresas graduadas, sosteniéndolas con un vendage en forma de T, de fronda ó de braguero doble. Al

mismo tiempo se harán inyecciones, ó se le darán vapores apropiados para calmar la irritacion que puede haber causado la maniobra, y para favorecer la resolucion de la inflamacion.

En considerando la matriz en estado de acabarla de reponer, se concluirá la operacion metiendo una mano en la vagina, y manteniéndola dentro algun tiempo, despues de puesta la matriz en su lugar, se retirará con cuidado, y se observará si vuelve á bajar. Cuando la procidencia es reciente, suele curarse con la reposicion, la situacion y los tópicos tónicos y corroborantes. No obstante, será mas seguro meter en la vagina un cuerpo que llenándola impida el descenso de la matriz.

Los instrumentos que hasta ahora se han empleado para este fin han sido los pesarios, los tapones, ó torundas, y una vegiga.

Los pesarios no convienen cuando hay mucha sensibilidad, porque con su dureza deben irritar y seguirse los efectos regulares de la irritacion en unas partes tan sensibles é irritables como la vagina y el orificio del útero.

Yo me he servido con suceso de la vegiga llenándola, no de ayre, como propone Levret para detener las hemorragias, sino de un líquido apropiado al estado en que se hallaban la vagina y la matriz, y así recien acabada la reposicion, la llenaba de un cocimiento emoliente, despues de otro emoliente y resolutivo, y últimamente de otro tónico y aromático. Con esta variacion tenia siempre sobre la parte un baño apropiado, aplicado por un cuerpo suave, capaz de acomodarse á la figura de la pelvis sin irritar, y de ensancharse á voluntad, introduciendo la cantidad de líquido necesaria para llenar la vagina.

La vegiga la introducia vacía, y por un tubo atado á su cuello, la llenaba con una geringa, y luego la ataba por encima del tubo, el cual se dejaba fuera por el agujero que le hacia á un bendage en forma de T, con que mantenia compresas dobles puestas so-

bre los lábios. Para orinar encargaba á la paciente contuviera con los dedos la vegiga, la cual mudaba dos veces al dia, porque hedía en dejándola mas tiempo sin renovar.

Por este medio he curado radicalmente dos Señoras, y he observado que la inflamacion se resuelve mejor, y las escoriaciones y úlceras simples se curaron mas pronto que en otros casos en que no quise hacer la reposicion hasta haberse curado dichos síntomas.

La esponja metiéndola comprimida, como se hace para estraer los cuerpos estraños pequeños detenidos en el esófago, y empapándola despues con un medicamento apropiado, merece preferirse tambien á los pesarios, y aun si no obstante se observa que irrita, es menester contentarse con aplicar las compresas y el vendage sobre la vulva.

Para dar tono á las partes relajadas se ha de aguardar á la cesacion de los lochîos, si la procidencia sobreviene al parto, y á que pase la menstruacion cuando la enfermedad viene á las que no han parido.

Para fortificar y dar el tono perdido á la vagina se han usado las inyecciones adstringentes, tónicas aromáticas, los vapores, y los sahumerios de palos, ó resinas olorosas.

Las inyecciones merecen preferirse porque llevan las partes que han de dar principalmente con su contacto el tono perdido. Los vapores mas relajan que otra cosa, pues un vapor tan caliente como se puede aguantar sin quemarse, solo puede llevar algunas partículas olorosas envueltas con el agua que forma principalmente el vapor. Con los sahumerios sucede lo mismo que con los vapores, y así solo pueden hacerse estos medicamentos por variar, ó cuando las pacientes no quieren sujetarse al uso de las inyecciones.

Al mismo tiempo que se hacen las inyecciones se pondrán sobre el hipogastrio y partes esternas de la generacion compresas mojadas en algun cocimiento ó infusion de las plantas aromáticas, como el romero, los agenjos, la salvia, la mejorana &c. ó en la tin-

tura de quina hecha con vino. Estos medicamentos se han de aplicar frios, porque de este modo son mas tónicos.

El régimen de vida y los medicamentos internos deben contribuir principalmente á corregir la predisposicion, porque con ella volverá la enfermedad con la ocasion mas mínima.

Siendo tanto mas dificil la cura radical, cuanto mas veces se haya verificado la procidencia, es necesario no permitir á la paciente el que se levante, ande, se entregue á los trabajos de su casa, ni al uso del matrimonio, si es casada, hasta estar seguros que las partes relajadas se han entonado. Para este conocimiento se tactará estando la paciente en pie, y se observará con el dedo si la matriz se mantiene en su lugar; y aunque se observe que no baja, será muy acertado que los primeros dias lleven la esponja introducida como se ha dicho en la vagina, ó tenga puesto el vendage referido. Despues de algun tiempo llevará solamente el vendage de dia, ó cuando tenga que permanecer en pie.

Cuando la procidencia se ha hecho habitual, por lo comun no admite mas cura que la paliativa, la cual se reduce á precaver que la matriz salga fuera, se inflame ó escoríe con el contacto de la orina y el frotamiento de la ropa. Los pesarios son los instrumentos que para este fin se han empleado; y aunque de cuantos se han ideado ninguno carece de inconvenientes, es preciso aplicarlos por evitar otros mayores.

Varias han sido las materias de que se han hecho los pesarios, é igualmente las figuras que les han dado.

Los antiguos los hacian de lana, de estopa, ó de esponja, de figura redonda ú ovalada y sólidos, con una cinta ó cordon en un estremo para tirar de ellos en queriendo sacarlos. Estos cuerpos no se podian conservar dentro de la vagina mucho tiempo, impedian la salida de la menstruacion, y ésta detenida en el pesario se alteraba é irritaba.

Para precaver estos inconvenientes los hicieron des-

pues de madera compacta, como la de box, la de fresno &c. ó de marfil, dándoles la figura circular, la ovalada, la triangular, ó cuadrada en la circunferencia, como un agujero proporcionado en medio. Á los que tenian ángulos los formaban curvilíneos para que no lastimáran tan fácilmente como lo harian los rectilíneos.

El agujero de estos pesarios dá salida á la menstruacion, las flores blancas, ó cualquier otro humor, permite el hacer inyecciones en caso necesario, y aun no estorba el uso del matrimonio, y que las mugeres conciban sin quitarselos, como se ha verificado. Sin embargo la dureza de la materia ha incomodado tanto á ciertas pacientes, que ha sido forzoso quitarselos.

Los redondos se salen con mas facilidad porque tienen el mismo diámetro por todas partes y no se puede hacer que se presenten por ninguno mayor que aquel por donde se introducen, por lo que con una fuerza igual á la con que se introdujeron vuelven á salirse. Á mas de esto se ha observado que comprimen el intestino recto y el cuello de la vegiga causando dificultades de obrar y de orinar.

Los cuadrados, aunque metiéndolos de lado y volviéndolos de modo que dos ángulos opuestos correspondan hácia las tuberosidades de los ischîos, y los otros uno hácia adelante y otro hácia atrás, como éstos impiden el obrar y orinar con libertad aun mas que los circulares, pocas mugeres han podido tolerarlos.

Los triangulares y los ovalados (lám 11 *fig.* 10 y 11) con una escavacion en la parte que ha de caer hácia el recto, y otra en la que mira á la uretra para que acomodándose á su concavidad no impidan el paso de los escrementos ni de la orina, son los que pueden contener la matriz, é incomodar menos por su figura.

Para evitar el que se salgan, y para que reciban el orificio y cuello del útero mejor, idearon los pesarios que llaman de mango. Éstos se reducen á un pesario circular de marfil, con un tubo acomodado por medio de una rosca al agujero que debia tener en me-

dio el pesario. El tubo debe ser bastante largo para que puesto dentro el pesario quede fuera de la vulva su estremo, en el cual se ata una cinta, y con ésta sujetándola á una venda puesta al rededor de la cintura; se precave el que se salga el pesario.

Estos pesarios, aunque la cinta los mantiene siempre dentro de la vagina, y el tubo del mango deja salir la menstruacion &c. tienen el inconveniente de que ladeándose el mango en las diferentes posiciones del cuerpo, el borde superior del pesario debe inclinarse tambien en sentido contrario, é irritar ó contundir las partes del lado hácia donde se inclina.

Heister trae la figura del pesario que publicó Goelick el año 1670, hecho de alambre puesto en espiras formando entre todas un cono truncado, por dentro cubierto de lienzo, y por fuera de cuero. El inventor no dice haberlo usado; y Heister le objeta el que siendo de hierro luego criará herrumbre.

Por razon de la materia los hacen tambien de corcho, cubriéndolos con lienzo, y éste de un emplasto simple ó compuesto para satisfacer al mismo tiempo alguna indicacion particular.

Despues que se conoció el modo de disolver la goma elástica, y de hacer con ella candelillas, se han hecho tambien con ella pesarios de varias figuras.

El doctor Simson propuso un pesario que dice le ha surtido el efecto deseado en todas las ocasiones en que lo ha empleado (1). Este se reduce á dos láminas de metal cubiertas por la parte esterna, con un muelle en el lado por donde se han de mirar, para que las mantenga apartadas lo necesario. El un estremo de las láminas es circular, y sirve de sujetar á él dos medias esferas de corcho, las cuales se apartan en juntando el otro estremo de las láminas; pero esta separacion se hace á voluntad, mediante lo que permite aproximarse el muelle que se halla entre ellas,

(1) Véase la figura en la lámina 5. del volúmen 3. de los Ensayos y observaciones médicas de Edimburgo.

y apartarse las cintas con que están cosidos los bordes de los emisferios de corcho, las cuales se oponen á que la matriz caiga entre los emisferios, y dejan hueco para que salga la menstruacion &c.

La fuerza del muelle ha de graduarse de modo que mantenga tirantes las cintas, y no permita que se junten los emisferios, los cuales estando juntos se introducen facilmente, y en separándolos de modo que la abertura caiga hácia atrás ó hácia adelante, no comprimen el recto ni la uretra mientras que con la superficie esterna de los emisferios se apoyan en los lados, y no pueden salirse.

La magnitud de los pesarios debe proporcionarse á los diámetros del estrecho inferior de la pelvis de la muger que los ha de llevar, y así no puede servir uno para todos. Para introducirlos se meten de canto ó de punta, y en pasando de las tuberosidades de los ischîos, se vuelven de modo que su mayor estension corresponda á ellas. Á todos los que no son de mango se les ata un cordoncito para sacarlos con mas facilidad.

La inversion de la matriz es mas egecutiva y peligrosa, como se ha dicho, y debe precaverse con el mayor cuidado, evitando el tirar del cordon, y que la muger haga esfuerzos para arrojar la placenta cuando por la lentitud del parto, por la flojedad de los dolores ó debilidad general se sospecha la inercia de la matriz, y cuando las señales que hemos dicho la caracterizan, la dán á conocer.

Si no obstante las precauciones referidas se verifica la procidencia é inversion, se debe volver la matriz, y reponer en su lugar lo mas pronto que se pueda, porque si no se inflama, se hincha, el orificio se estrecha, todo lo cual hace mas dificil la operacion, y espone la paciente tanto mas cuanto son pocas las que han sobrevivido cuando no se ha logrado deshacer la inversion inmediatamente.

Cuando la placenta se mantiene adherida no hay hemorragia considerable, y suponiendo que la adhe-

rencia deba ser fuerte, será lo mejor dejarla, y poniendo sobre ella los dedos juntos en forma de cono, hacer la reposicion.

Si ya habia salido la placenta, para reducir la matriz se situará la muger segun se ha dicho, y se cubrirá el fondo con un lienzo fino seco, y sobre su centro se pondrán las puntas de los dedos unidos, y con ellos se comprimirá suave y uniformemente, mientras con los dedos de la otra mano se mantienen apartados los lábios, y se precave el que la matriz invertida se oculte en la vagina. Viardel es el que se sirvió con suceso del lienzo aplicado seco, porque con él se hace la fuerza en todos los puntos á que por estar seco se adhiere, y la fuerza que contundiría la matriz aplicada en un punto, no hace impresion notable repartida en muchos (1).

White dice que redujo facilmente una matriz invertida comprimiéndola antes con toda la mano para disminuir su volúmen, como efectivamente se disminuyó (2), sin que en la operacion sintiera mucho dolor la paciente.

Cuando de un modo ú otro se logra deshacer la inversion, con la mano metida en la vagina se conduce á su natural situacion, y se mantiene dentro hasta que se contraiga, en cuyo caso se puede sacar la placenta, y retirar la mano.

No siempre se consigue en la primer tentativa el deshacer la inversion; pero no por eso se ha de abandonar la paciente, ni hacer esfuerzos violentos para conseguirlo, porque no peligrará menos la abandonada que la estropeada.

Si repitiendo algunas tentativas con prudencia no se logra el intento, es menester contentarse con introducir en la vagina la matriz, y esperar á que se reduzca á su volúmen natural para contenerla despues

(1) Véase el cap. 30 y 17 de sus Observ. sur la pratiq. des accouchem. las láminas que representan esta maniobra.

(2) Apend. á la tercera edicion inglesa, *pag.* 432 y 33.

en la pelvis con un pesario. Ésta que podemos llamar cura paliativa, es el único recurso para conservar la vida de la paciente, pues no consta que haya vivido alguna con la matriz vuelta despues del parto, ya hayan perecido por la hemorragia, ó ya por la gangrena.

La inversion incompleta es cuando una porcion del fondo de la matriz ha salido por su orificio, y éste forma un anillo á la porcion que está fuera. Para deshacer esta inversion se introducen los dedos de una mano al rededor de la parte de matriz que está fuera de su orificio hasta tocar con las puntas la parte que salió la última, que es la primera que ha de entrar, y sobre la que se ha de hacer la fuerza en los diferentes puntos que tocan los estremos de los dedos. De este modo se meterá dentro todo lo que ha salido, y en estándolo se apoyará el dorso de la mano en la parte deprimida para poner cóncava, como es naturalmente, la superficie interna de la matriz. Para evitar el que vuelva á caer se mantendrá dentro la mano hasta que la matriz dé señales de contraerse.

Cuando el fondo de la matriz se presenta á su orificio sin salir fuera, se llama hundimiento de la matriz, ó inversion principiante, como lo observáron Mauriceau (*obs.* 230.) y Levret (*obs.* 37.).

Este accidente no siempre se conoce si con algun otro motivo no se mete la mano en la matriz, como le sucedió á Levret en la observacion citada, pues Mauriceau la observó en la inspeccion del cadáver.

Le Roux cree que esta inversion principiante no conocida se aumenta algunas veces por la compresion de las vísceras del vientre, y causa con el tiempo una inversion completa. Estos casos, dice, verosímilmente han sido los que han engañado á un autor célebre para sostener que la inversion completa puede verificarse en las que no han parido.

Siempre que se conozca este hundimiento en la matriz se ha de procurar la reposicion introduciendo para ello la mano ó los dedos como en la inversion incom-

pleta, observando las demás reglas que se han espuesto para precaver el que vuelva á hundirse.

De la retroversion del útero.

Los que todo lo creen descubierto ó indicado por los antiguos hallan en Hipócrates espresiones para asegurar que conoció esta enfermedad; pero yo pienso que ninguno de los pasages que citan trata de la retroversion de que se habla, suponiendo que los dos siguientes del libro *De natura muliebri* son los que mas indican que habla de esta enfermedad.

Si uteri intorti fuerint, menses non eunt, neque genitura intus gignitur, dolor imum ventrem, lumbos, et laterum inanitates detinet, et si digito inmisso contrectarit, os uterum cum valdè recesserit contingere nequeat (1).

Interdum etiam ubi mulier vassorum innanitionem passa fuerit, vehementerque laboraret, uteri ad vesicam conversi, in ejus osculum impingunt, et strangulatum inducunt. Nullum autem habet malum, et si curatio adhibetur brevi convalescit, nonnunquam etiam spontè (2).

Está claro que en el primer pasage habla Hipócrates de la oblicuidad del orificio del útero como causa de la esterilidad, y en el segundo del descenso, ó cuando mas de la compresion que generalmente causa el útero embarazado sobre el cuello de la vegiga en los primeros meses del embarazo.

Lo que Aecio dice (3) de Aspasia indíca mas el conocimiento de la retroversion, pues ella conoció la oblicuidad del orificio del útero, y el modo con que procuraba curarla era bastante análogo al que se practica el dia de hoy para curar la retroversion. Con todo, si se reflexiona sobre el contesto del capítulo

(1) Foes. *pag.* 579. edic. de Francofurt, 1621.
(2) Id. *pag.* 599.
(3) Tetrabil. 4. serm. 4. *cap.* 77.

en que Aspasia habla de la oblicuidad, se verá que no espresa fuera en los primeros meses del preñado, que es cuando se verifica la retroversion.

Rodrigo de Castro es el que claramente espresa que las embarazadas padecen la contorsion del útero, y que este es un afecto frecuente y de dificil curacion. Estas son sus palabras. *Si os uteri contorquetur, menses, et lotia suprimuntur, aut minuuntur, et semen fæmina non suscipit. Contigit præcipuè hic affectus virginibus grandioribus, viduis, et iis quæ post partum steriles factæ sunt, ac pregnantibus, frequens quidem, ac difficiles est affectio* (1).

Estos son los indicios que yo he encontrado en los antiguos de este mal.

No se en que año de los que Mr. Gregoire egercia el arte de partear en París comunicaria al Inglés Walter Wall un caso de retroversion del útero: lo cierto es que sería antes del año 1754 en que le ocurrió otro, para cuyo diagnóstico le sirvieron las noticias que habia recibido de Gregoire. El doctor Huntter comunicó á sus discípulos el caso de Wall en la leccion del dia 21 de Octubre de dicho año.

Al Señor Juan Linn, cirujano de Woodbridge en Suffolk, que habia oido la leccion del doctor Huntter en que dió noticia del caso de Wall, se le presentó otro análogo en Octubre de 1767. Linn se sirvió de la noticia del referido doctor para caracterizar é intentar la curacion de la retroversion, y comunicó á su maestro la observacion, la cual se halla en el tomo cuarto de las observaciones publicadas por una compañía de médicos de Londres.

El doctor Huntter añadió un apéndice refiriendo lo sucedido en la observacion de Wall, con algunas reflexiones propias, á fin de precaver la muerte de las que padecieran esta enfermedad, la cual se habia verificado en el caso de Wall. en el de Linn, y en otros dos acaecidos en los hospitales de Londres, sin

(1) De universa mulierum medicina, *lib. 2. cap. 17.*

que los profesores que las asistieron hubieran conocido el mal hasta que la inspeccion de los cadáveres les manifestó que habia sido una retroversion del útero, la cual pudieran haber curado si la hubieran conocido cuando vivian las pacientes, como dicho doctor lo consiguió en varios casos que se le habian presentado despues del de Wall; si bien confiesa que la preñéz no se hallaba tan adelantada como en los otros.

Perfet en el caso 68 refiere otra retroversion del útero desgraciada, ocurrida el año 1770.

Hames Hooper comunicó á la compañía de médicos referida otro caso de esta especie ocurrido el 15 de Julio de 1771, en que la paciente curó reduciendo el útero como se dirá; pero habiéndole costado emprender varias veces la maniobra para conseguirlo, encarga no se dejen de reiterar las tentativas hasta conseguir la reduccion.

Guillermo Bird, cirujano y comadron de Chelmsford, observó esta enfermedad en 13 de Agosto de 1772.

En este año le ocurrieron á Garthshore dos casos de la misma naturaleza, en los que aunque logró reponer el útero, éste volvió á situarse mal, y causó el aborto á una de las pacientes, y la otra siguió con su embarazo habiendo hecho segunda vez la reduccion.

El doctor Huntter por cuyo conducto se comunicaron á la compañía de médicos de Londres estas observaciones publicadas en el tomo quinto, añadió á ellas algunas reflexiones relativas al conocimiento de la causa, al pronóstico y á la curacion de esta enfermedad: de todo lo cual me he valido principalmente para formar este capítulo, de que solo tratan los Ingleses Foster, Denman, Hamilton, Tomas Gill, y el Aleman N. Jann: los tres primeros en sus obras de partos, el penúltimo en su disertacion publicada en Edimburgo con este título: *De ista herniæ uterinæ specie, quæ retroversio uteri vulgo dicitur*; y el último en otra disertacion publicada en Jena el año

de 1786 con el título *De utero retroverso.*

La retroversion del útero es un error de lugar de esta entraña en los primeros meses de la preñéz, en cuyo tiempo el fondo que debe mirar hácia arriba, sin salir de la pelvis, se vuelve hácia atrás, ó hácia abajo, y el cuello, que debe estar hácia abajo, se pone hácia adelante, ó hácia arriba.

Huntter divide la retroversion en total ó completa, y en media, ó incompleta. Además admite otra tercera especie. En la completa el fondo del útero se pone casi directamente hácia abajo por detrás de la vagina, y el orificio hácia arriba. En la incompleta el fondo del útero se pone hácia atrás contra el intestino recto y el hueso sacro, y el orificio hácia delante contra el cuello de la vegiga y los púbis. En la tercera especie el fondo del útero muda poco, y tal vez nada de su situacion; pero el orificio sale algo por debajo del arco de los púbis como en una procidencia incompleta.

Las causas predisponentes para esta enfermedad son la mucha capacidad de la pelvis en los dos tercios inferiores, y su estrechéz en el superior: la grande laxitud de la vagina, ó el ser ésta corta y no ceder para alargarse como es necesario, á fin de que el útero pase al abdómen, el volúmen estraordinario de la vegiga de la orina, la dificultad y grandes conatos para orinar ú obrar que pueden padecer las embarazadas por causas diferentes del embarazo.

No se ha determinado si la distension de la vegiga, que generalmente se ha observado en las que han muerto de esta enfermedad, era posterior á la detencion de la orina, que acompaña siempre á la retroversion, ó si ésta habia sido producida por la distension anterior de la vegiga, que por su peso habia impedido el ascenso del útero al abdómen, y determinado su fondo hácia atrás y hácia abajo (1). Los

(1) Derman es de esta opinion. Introduccion á la práctica del arte de partear, part. 1. *pag.* 105.

que han hecho estas inspecciones creen que la distension de la vegiga puede ser causa de la retroversion del útero, y ésta de aquella, porque la vegiga mayor de lo regular y llena de orina puede comprimir el fondo del útero, é inclinarlo hácia atrás, en cuyo caso el cuello se inclinará hácia adelante, comprimirá la uretra ó el cuello de la vegiga, y dificultará el paso de la orina: esta dificultad estimulará para vencerla, y los conatos para orinar aumentarán la retroversion, la dificultad de orinar, y la distension de la vegiga hasta punto de romperse, como sucedió en el caso de Linn, por la compresion de la uretra, y porque le hace formar un ángulo tanto mas agudo, cuanto la retroversion es mas completa.

El modo como se esplica la formacion de esta enfermedad es el siguiente. Se sabe que el útero embarazado aunque crece los primeros meses, no sale de la pelvis hasta el fin del tercero, ó en todo el cuarto. Consta que muchas embarazadas orinan con mas frecuencia y alguna dificultad mientras el útero no sale de la pelvis, por la compresion que éste hace en el bajo fondo de la vegiga y en su cuello conforme se vá ensanchando: esta compresion cesa luego que el útero pasa al abdómen, y mientras no, debe aumentarse tanto como aumenta el útero de volúmen.

Si al tiempo que el fondo del útero vá á salir de la pelvis encuentra dificultad en el estrecho superior, ó no puede vencer el peso de la vegiga llena de orina, se inclinará hácia la parte donde encuentre menos resistencia, la cual será la concavidad del sacro por ser mas capaz de lo regular, y así conforme vaya creciendo el útero se irá acomodando á ella su fondo, é inclinándose hácia atrás: al mismo tiempo el orificio y el cuello se inclinarán hácia adelante, comprimirán la uretra, y le harán mudar de direccion, á la cual se ha de seguir la dificultad de orinar, la distension de la vegiga, y los esfuerzos de la paciente para orinar: medios todos que determinarán el fondo del útero cada vez mas hácia atrás y

hácia abajo, con lo cual, y con el aumento que cada una vá tomando, se aumentará la compresion y oblicuidad de la uretra, y llegará tambien á comprimirse el intestino recto hasta no dejar pasar los escrementos. Estos síntomas deben aumentarse mutuamente unos á otros, y no cesar hasta poner el útero en la situacion que debia tener naturalmente.

Es digno de notar, que los dolores de vientre, la dificultad de orinar solamente, ó la de orinar y de obrar al mismo tiempo, para cuyo remedio llamaron á los profesores las pacientes, los advirtieron despues de algun susto, de alguna pesadumbre, de algun paseo ó egercicio continuado; que las mas habian tenido otros embarazos sin haber padecido este mal; que ninguna se dice lo haya padecido dos veces; que las mas eran débiles, y padecian procidencia de la matriz ó de la vagina; todo lo cual hace pensar que á mas de las causas predisponentes referidas hay alguna determinante ocasional que aún no es conocida ¿Podrá ser esta la implantacion de la placenta en la parte posterior del cuerpo y fondo del útero? El examen escrupuloso de los cadáveres podría darnos la respuesta decisiva; pero solo en un caso de los que se refieren en la obra *Collectanea Havn.* citado por Gill, se sabe que la placenta estaba adherida en dicho sitio, y esto basta para contar esta disposicion entre las causas de esta enfermedad.

Se sospechará la retroversion del útero cuando precedidas las señales de embarazo siente la muger opresion en la pelvis, peso, algunos dolores parecidos á los de parto, dificultad de orinar en la situacion ordinaria, y tal vez ninguna estando acostada, ó empujando con el dedo el cuello del útero hácia atrás. Estos síntomas se aumentan á proporcion que lo hace la retroversion, hasta llegar á causar una total supresion de orina y de escrementos. En llegando este caso se hace aguda la enfermedad; y si no se logra quitar la causa, se inflama la vegiga, se propaga su inflamacion, y terminando por gangrena ha-

ce perecer la paciente. Otras veces se rompe la vegiga, y la orina derramándose en el abdómen, causa igualmente la muerte de la paciente.

Luego que se observen los síntomas espresados, se pasará á reconocer el estado del útero, introduciendo uno ó dos dedos por la vagina y por el ano. Si se toca entre estos dos conductos un tumor duro del volúmen correspondiente al tiempo en que se considera el embarazo, y que el orificio y cuello del útero están hácia adelante contra los púbis, no tiene duda que hay una retroversion incompleta, y completa cuando no se toca el orificio del útero por estar directamente hácia arriba, y el fondo ocupa toda la pelvis. En la de tercera especie el cuello y orificio se toca por debajo del arco que forman los púbis.

El pronóstico de esta enfermedad se ha de fundar en la especie de retroversion, en el estado de la paciente y grado de la enfermedad. La retroversion completa, verificándose solo cuando el útero llena exactamente la cavidad de la pelvis, no es fácil de remediar, y causa la muerte si no se logra contener y reponer la matriz, ya sea rompiéndose la vegiga, como en el caso de Linn, y en el de Saxtorph, ó bien sin romperse, como en el de Wall, en el de Perfet, y en los que refiere Huntter ocurridos en los hospitales de Londres. Aun cuando se logre la reposicion, puede seguirse el aborto, como le sucedió á una de las pacientes que son el sugeto de las observaciones de Garthshore.

La incompleta no es tan dificil de remediar, y la de tercera especie se suele curar aun sin operacion manual.

Conocida la enfermedad, las indicaciones son reponer y contener el útero hasta que pase al abdómen. Antes de intentar la reduccion se han de quitar los obstáculos que se oponen á ella, como son la detencion de la orina, la consiguiente distension de la vegiga, y la llenura de la parte superior del recto por la acumulacion de las materias fecales.

Para evacuar la orina se mandará á la paciente que vea si puede orinar por sí estando acostada sobre la espalda, y empujando con sus dedos el útero hácia atrás para apartarlo de los púbis. Si la paciente no puede orinar de ningun modo, se pasará á sacarle la orina con la algalia, para lo cual se tendrá acostada de espaldas, y con dos dedos introducidos por la vagina se apartarán el cuello y orificio del útero de los púbis, y se dirigirá la punta del instrumento, que se debe ir introduciendo al mismo tiempo apoyándolo con la otra mano. Cuando la corbadura que el cuello del útero ha hecho tomar á la uretra es mayor que la de la algalia ordinaria, se figurará ésta acomodándola á la direccion en que se considera la uretra.

En la retroversion completa la distension de la vegiga es por lo comun grande y muy agudo el ángulo que forma la uretra, y así se necesita una algalia mas larga y convexa que las comunes para las mugeres. Tambien es necesario introducirla con la convexidad hácia el púbis, ó darle la vuelta de maestro luego que la punta se detenga en el ángulo que forma la uretra, como se hace en los hombres cuando se introduce la algalia con la concavidad hácia adelante.

Si se logra introducir la algalia y sacar la orina sin dificultad, se podrá retirar luego este instrumento; pero si ha costado mucho trabajo el introducirlo, será mas acertado dejarlo metido, que esponerse á no poder volverlo á introducir si no se consigue pronto la reposicion del útero.

Evacuada la orina, que es el síntoma que mas urge, se procurará evacuar igualmente los escrementos por medio de las enemas y de los laxantes, si con las primeras no se consigue, porque la compresion del fondo del útero no las deja pasar del sitio comprimido, que es donde los escrementos se hallan detenidos.

Estos medios practicados en las que por sus predisposiciones se sospecha que pueden padecer la re-

troversion, son capaces de precaverla, y de evitar sus progresos en las que principian á padecerla, ayudándoles con la quietud y la situacion horizontal. Tambien se suele curar de este modo la retroversion de tercera especie.

El introducir en la vagina un pedazo de esponja seca para que hinchándose con la humedad de la parte, se estienda y ocupe mayor espacio, puede precaver la retroversion, ó impedir sus progresos, del mismo modo que precave el que el útero no vuelva á mudar de situacion despues de haberlo repuesto.

El Señor Gill dice que su padre ha curado todas las retroversiones que le han ocurrido con la aplicacion de un pesario, que estorbando el descenso del útero, le haga ir subiendo á la pelvis con la misma lentitud que vá aumentando de volúmen. Derman cree, que por este medio la situacion horizontal, la evacuacion diaria de la orina por medio de la algalia, y de los escrementos con la ayuda de las lavativas, se cura lentamente la retroversion, sin pasar inmediatamente á hacer la reduccion con las manos. Á la verdad, si la paciente logra el orinar y obrar, se puede intentar la curacion con el pedazo de esponja, ó un pesario sólido; pero cuando la retroversion está adelantada, y no se consigue evacuar con la algalia la orina, ó la paciente no quiere sujetarse á esta operacion, es indispensable pasar á hacer mecánicamente con las manos la reposicion, y aconsejarla siempre como el modo mas pronto de curar la enfermedad.

Para hacer la reposicion se situará á la paciente con las nalgas bien levantadas, y la cabeza y pecho mas bajas, ó bien mantenida sobre los codos y las rodillas, todo á fin de que la pelvis esté mas alta que el abdómen, y éste se halle flojo, á lo menos en una media flexion del tronco. Estando la paciente en alguna de estas posturas, y teniendo las manos untadas con algun mucílago ó grasa, se introducirá lo que se pueda de una por la vagina, y dos dedos de la otra por el ano: con ésta se empujará el fondo del útero

cuanto se pueda hácia arriba, y algo hácia adelante; y mientras, con la mano que se halla en la vagina se procurará traer hácia abajo y hácia atrás el orificio y el cuello. Las partes que se manejan exigen hacer la maniobra con suavidad, y lo agudo de los síntomas el reiterar las tentativas, como aconseja Hooper, hasta conseguir el fin, y no dejar de evacuar la orina, si se puede.

Cuando se consigue la reposicion, para precaver la recaida se mantendrá la paciente acostada sobre la espalda algunos dias, y se le introducirá en la vagina un pedazo de esponja, ó un pesario, que llenen el hueco de donde se ha sacado el fondo del útero. Una vegiga introducida vacía, y llenándola despues de ayre, ó de algun fluido apropiado al estado de la laxitud ó de irritacion en que han quedado las partes que han padecido, puede tambien servir para este efecto. Estos m dios se han de continuar hasta que la matriz pase al abdómen, lo cual se conocerá metiendo un dedo por la vagina, y encontrando la pelvis vacía. Al mismo tiempo se tocará el útero por el abdómen tocando éste por defuera. Luego que la matriz ha pasado enteramente al abdómen, el volúmen que vá adquiriendo impide su descenso á la pelvis, y no hay necesidad de aplicar medios que no pueden dejar de causar alguna incomodidad.

Las observaciones de Wall, Linn, Perfet &c. manifiestan que no siempre se consigue la reposicion, aunque se ponga en práctica el método referido. ¿Qué se hará en este caso? Linn propone hacer la puncion de la vegiga por el vientre, considerando que la evacuacion de la orina es lo que mas urge. El doctor Huntter pregunta, si tendrá lugar la puncion del útero por la vagina para evacuar las aguas del feto, pues á su evacuacion se seguirá la disminucion del volúmen, y quedará espacio por donde introducir la mano, y hacer la reposicion. En los casos análogos al de Wall confiesa que no tendrá lugar esta puncion, porque de todos modos es muy probable que la enferma muera,

quizá antes de concluir la operacion; pero en las que no se hallen con una naturaleza tan abatida, podrá, dice, tentarse este remedio como estremo.

Gill dice, que si no hay otro remedio que la puncion de la vegiga, será lo mejor hacerla por la vagina, segun lo proponia Monró en sus lecciones públicas para semejantes supresiones de orina.

N. Jahn, en su disertacion ya citada, segun dicen los Diaristas del Diario de Medicina de París, cree haber hallado un gran recurso en la seccion del cartílago que une los púbis. Remedio de que habla tambien Gill. Confieso que antes de saber se habia propuesto por otros este remedio, se me habia ocurrido el proponerlo, fundado en las razones siguientes, las cuales me parecen suficientes para no caracterizar de arrojo temerario el egecutar esta operacion en lances tan apurados, y para esperar con mas fundamento que con las punciones, el salvar la madre y el hijo, como se deduce del paralelo que sigue.

La puncion de la matriz para evacuar las aguas que rodean al feto, y la puncion de la vegiga por el vientre ó por la vagina no son menos arriesgadas para la madre, que la seccion del cartílago que une los púbis; pues aunque algunas de las que la han sufrido han muerto, ha sido por haber violentado demasiado los cartílagos y ligamentos que unen los ílios con el sacro, lo *cual* no es necesario en el caso presente.

Si las cuatro operaciones son igualmente arriesgadas para la madre, la seccion espresada, y las punciones de la vegiga tienen la preferencia sobre la de la matriz, de que en ésta debe perecer el feto, que puede conservarse en las demás, lo cual merece, ó por decirlo mejor, debe intentarse siempre; pues no es lícito quitar al feto la vida temporal y espiritual, habiendo medio con que conservarlo sin aumentar el riesgo de la madre. Esta ventaja tiene la sincondrotomía sobre la puncion de la matriz, suponiendo que corren parejas en cuanto á facilitar la reduccion, porque para ésta será lo mismo disminuir con la evacua-

cion de las aguas el volúmen de la matriz, que aumentar la cavidad de la pelvis con la seccion del cartílago que une los púbis, la cual quitará con mas certeza la compresion del útero sobre la uretra; y cuando á esta mutacion no se siga el evacuar naturalmente la orina, se conseguirá seguramente el introducir la algalia para sacarla, aun cuando no se consiga la reposicion, lo cual es igualmente probable en los dos casos, y dudoso despues de la puncion de la vegiga, porque si fuera seguro, se hubiera conseguido despues de rota la vegiga, y consta que no se pudo efectuar en el caso de Linn, y en el de Saxtorph citado de Gill, en los cuales se halló la vegiga rota, y sin orina.

La necesidad en que se vió Huntter de cortar el espresado cartílago para sacar el útero de la pelvis en la inspeccion del cadaver de la observacion de Wall, prueba que aun desocupada la vegiga de la orina no se puede asegurar tanto la reposicion de la matriz, como cortando el cartílago que une los púbis; pues aun en el cadaver fué necesario recurrir á esta operacion. Si es dudosa la reposicion evacuando la orina, la puncion solo servirá de alargar algun tiempo la vida, suponiendo que por sí no sea nociva, lo cual en las circunstancias de que se trata no deja de tener sus contingencias por el estado en que puede ya hallarse la vegiga.

NOTA.

Concluida esta obra se me presentó una retroversion incompleta del útero, la cual logré reducir, aunque la paciente abortó despues.

Esta observacion se presentó á la Junta del Real Colegio de Cirugía de esta Corte, proponiendo la sincondrotomía para los casos apurados. La pluralidad de los miembros de este sábio cuerpo no se conformó con la propuesta; lo cual me ha parecido notar en honor de la verdad; no obstante que en mi sentir quedan en su fuerza las razones alegadas en su favor.



